

The logo for VLSP (Verband lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologinnen in Deutschland e.V.) features the letters 'VLSP' in a bold, white, sans-serif font. The letters are set against a dark purple background that is part of a larger circular graphic element. A white curved line is positioned above the letters, resembling a stylized 'V' or a decorative flourish.

VLSP

BERATUNG VON LESBEN UND SCHWULEN

Dokumentation der VII. Fachtagung des Verbandes
lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologinnen in
Deutschland e.V. (VLSP) „Selbstverständlich. Beratung
und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen“

München, 7.–9. April 2000

DIE DEUTSCHE BIBLIOTHEK – CIP-EINHEITSAUFNAHME

Beratung von Lesben und Schwulen: „Selbstverständlich. Beratung und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen“; München, 7.–9. April 2000/ hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. [Bearb.: Annette Fink; Holger Sweers] Berlin : Dt. AIDS-Hilfe e.V., 2001

(Dokumentation der ... Fachtagung des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP)...; 7)
ISBN 3-930425-45-9

IMPRESSUM

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. • Dieffenbachstr. 33 • 10967 Berlin
• **Internet:** <http://www.aidshilfe.de> • **E-Mail:** dah@aidshilfe.de

März 2001

• **Bestellnummer:** 010011

• **Redaktion:** Karl Lemmen, Holger Sweers • **Bearbeitung:** Annette Fink, Holger Sweers • **Gestaltung und Satz:** CaJa Carmen Janiesch
• **Druck:** Heenemann • **alle Berlin**

• **Spendenkonto:** Berliner Sparkasse,
Konto 220 220 220, BLZ 100 500 00

Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Spenden sind daher steuerabzugsfähig.
Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden. Nähere Informationen unter <http://www.aidshilfe.de> („Ein Mittel gegen AIDS“) oder bei der DAH.



BERATUNG VON LESBEN UND SCHWULEN

Dokumentation der VII. Fachtagung des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP) „Selbstverständlich. Beratung und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen“

München, 7.–9. April 2000

HERAUSGEGEBEN VON DER DEUTSCHEN AIDS-HILFE E.V.

5 GELEITWORT UND EINFÜHRUNG

- 6 Geleitwort des VLSP
Boris Maschke, Mitglied des VLSP-Vorstandes
- 8 Einführung
Karl Lemmen und Holger Sweers

19 HOMOSEXUALITÄT ZWISCHEN HOMOPHOBIE, PATHOLOGISIERUNG UND SELBST-VERSTÄNDLICHKEIT

- 20 Das verschwundene Problem: Homosexualität und Psychoanalyse
Martin Dannecker
- 52 Homosexuelle Individuation zwischen Ablehnung und Akzeptanz:
Zur Psychodynamik der Homophobie
Wolfgang Roth

63 SELBSTVERSTÄNDLICH SCHWUL UND LESBISCH LIEBEN UND LEBEN?

- 64 Paardynamik in lesbischen Beziehungen
Karola Berlage
- 80 Funktionelle Sexualstörungen bei lesbischen Frauen
Manuela Torelli
- 86 Lesbische Beziehungsmodelle zwischen „lebendigem Liebesleben“
und „Homo-Ehe light“
Michaela Ise

- 92 Lesben – Schwule – Kinder:
Die Studie der schwul-lesbischen Forschungsgruppe München
Walter Berger
- 102 Schwule Jugendliche: Lebenssituation und psychosozialer
Hilfebedarf
Uli Biechele
- 112 Suchtmittelmissbrauch und Suchtverhalten bei schwulen Männern
Christoph-Peter Teich
- 119 SELBSTVERSTÄNDLICH „NORMAL“? LUST UND FRUST
IM ZEITALTER DER NORMALISIERUNG VON AIDS
-
- 120 Zur Psychodynamik ungeschützter mann-männlicher Sexualität
Christopher Knoll
- 128 Unsafe Sex und Vorsicht „on the long run“
Uli Meurer
- 136 Beratung in den Zeiten von HAART
Karl Lemmen, Michaela Müller, Armin Traute
- 149 BERATUNG, THERAPIE UND WISSENSCHAFT VON UND FÜR
LESBEN UND SCHWULE – SELBSTVERSTÄNDLICH!
-
- 150 Was würden meine Patient(inn)en denken, wenn... –
Homophobie in Übertragung und Gegenübertragung
Gudrun Pfitzner und Rita Seitz
- 152 (Dis-)Qualifiziert eigene Diskriminierungserfahrung für
die Arbeit mit Diskriminierten?
Gudrun Pfitzner und Angela Kühner

- 156 Auf Lesben und Schwule „spezialisierte“ Therapeut(inn)en
Günter Reisbeck
- 160 Psychosoziale Versorgung psychisch kranker schwuler
Männer in Berlin
Reinhard List
- 164 Berichte an die Gutachter/innen – selbstverständlich
lesbisch und schwul?
Antje Doll
- 172 Forschungsarbeiten über lesbische und schwule Themen
Melanie Caroline Steffens und Thomas Grossmann
- 174 Begegnungen der „dritten Art“: Was tun, wenn Therapeut/in
und Klient/in in der Szene aufeinander treffen?
Klaus Tillmann und Ulrich Treiber
- 178 Systemische Verstrickungen als Erklärung von Homosexualität
in der Aufstellungsarbeit Bert Hellingers
Holger Walter und Thomas Symalla
- 182 Spezielle Probleme binationaler Paare
Erich Rossel und Klaus Hofmann
- 185 AUTORINNEN UND AUTOREN**
-



GELEITWORT UND EINFÜHRUNG

„Selbstverständlich – Beratung und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen“: Anders als beim Kongress des Vorjahrs – „Lesben und Schwule in der Arbeitswelt“ –, der ein breites Themenspektrum anriss und alle Bereiche der Psychologie berührte, stand im Jahr 2000 wieder die klinische Psychologie klar im Vordergrund. Doch auch in München hatten wir es erfreulicherweise nicht mit einer geschlossenen Gesellschaft, sondern mit einer ausgewogenen Mischung aus VLSP-Mitgliedern und Gästen zu tun – von 116 Teilnehmer(inne)n gehörte nur etwa die Hälfte dem VLSP an.

Das Kongressthema, die Workshops und Vorträge haben also ein breites, über den VLSP und den psychologischen Berufsstand hinausgehendes Publikum angesprochen. Hier stellt sich eine grundsätzliche Frage, der sich der VLSP in naher Zukunft (wieder einmal) widmen muss: Wer gehört dazu, was ist Voraussetzung für eine Mitgliedschaft im Verband? *Selbstverständlich* ein Psychologie-Hauptstudium? Eine Psychotherapie-Ausbildung? Oder „reicht“ das grundsätzliche Interesse an schwul-lesbischen Themen der Psychologie? Diese Frage wird die zukünftige Ausrichtung des Verbands und sein Profil stark mitbestimmen.

In einer sehr anregenden Umgebung (gelebte Architekturpsychologie gibt es tatsächlich!) fanden auch diesmal eine Reihe von Workshops statt, die Raum für fachlichen Austausch und Weiterbildung boten. Der Kongressband spiegelt die Vielfalt der Themen und die Verschiedenartigkeit des Zugangs zu den Themen, den die einzelnen Referentinnen und Referenten gewählt haben. Ihnen sei herzlich für ihr Engagement und die wertvollen Beiträge gedankt. Der Sonntag stand dann dem Intervisionsgruppentreffen des Arbeitskreises „Lesben, Schwule, Psychotherapie“ zur Verfügung – eine Antwort auf den häufig geäußerten Wunsch nach Vernetzung bestehender Intervisionsgruppen und einer besseren Anbindung einzelner Interessierter.

Dass der Münchner Kongress ein Erfolg war, zeigen die Rückmeldungen der Teilnehmer/innen. Dieser Erfolg verdankt sich zu einem großen Teil dem Engagement von Walter Berger, der viele Wochen in die Organisation und Durchführung investiert hat. Ihm sei an dieser Stelle besonders herzlich gedankt. Dank gebührt aber auch den Mitver-

anstaltern für vielfältige Unterstützung: dem SUB (Beratungsstelle für schwule Männer des Schwulen Kommunikations- und Kulturzentrums München e.V.), LeTra/Lesbentelefon e.V., der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. und der schwul-lesbischen Forschungsgruppe München.

Der Erfolg eines VLSP-Kongresses liegt aber nicht im fachlichen Austausch allein: Dank Rita Seitz und ihrem Team, die für eine sehr gute Verpflegung während der Arbeitsgruppensitzungen sorgten, wird der Kongress den Teilnehmer(inne)n in angenehmer Erinnerung bleiben. Unverzichtbar auch (und legendär) unser Kongressfest – „Der Kongress tanzt“ –, das diesmal im Regenbogencafé der Münchner AIDS-Hilfe stattfand. Ein leckeres italienisches Büffet und gut ausgewählte Musik trugen ihren Teil zu der angenehmen Atmosphäre des Abends bei.

Der Kongress hat viele Anregungen für den Kampf gegen Diskriminierung, Stigmatisierung und Pathologisierung gegeben, mit denen wir (als Lesben und Schwule, als Menschen mit HIV und AIDS) nicht nur „von außen“ konfrontiert werden, sondern auch „aus den eigenen Reihen“. Ich wünsche mir und uns allen, dass das möglich wird: Selbstverständlich lesbisch und schwul, selbstverständlich Beratung von und mit Lesben und Schwulen.

Tübingen, im Januar 2001

Das nicht nur das Private politisch ist, sondern das Politische auch privat, das machen die Beiträge dieses Bandes deutlich: Allzu oft prägen auch heute noch Homophobie und in ihrem Gefolge Antihomosexualität die psychosexuelle Entwicklung von Schwulen und Lesben, machen überkommene moralische Vorstellungen vielen von uns das Leben und Lieben schwer. Und selbst aufgeklärte und akzeptierende Therapeutinnen und Therapeuten sind nicht davor gefeit, dass sich „antihomosexuelle Introjekte“¹ in Form von Abwertung schwuler/lesbischer Lebensweisen und Pathologisierung von Homosexualität äußern.

HOMOSEXUALITÄT ZWISCHEN HOMOPHOBIE, PATHOLOGISIERUNG UND SELBST-VERSTÄNDLICHKEIT

Sind Antihomosexualität, Diskriminierung und Stigmatisierung bei uns heute nicht längst überwunden? Können wir uns angesichts der „Homo-Ehe“, angesichts von Schwulen und Lesben in jeder Fernsehserie, die etwas auf sich hält, angesichts farbenfroher Umzüge zum Christopher-Street-Day – ganz im Sinne von Hinzpeters „schöner schwuler Welt“ – nicht anderen Problemen zuwenden?

Martin Dannecker würde das wohl verneinen. In seinem Beitrag „Das verschwundene Problem: Homosexualität und Psychoanalyse“ weist er darauf hin, dass der „Wille zur Psychopathologisierung“ der Homosexualität – oder besser der Homosexuellen – immer noch nicht überwunden sei. Die psychoanalytische Theorie und Praxis hat sich nach seiner Auffassung lange Zeit in einem „von Angst, Konventionalität und inkonsistentem Denken gekennzeichnete[n] Verhältnis zur Homosexualität“ gewissermaßen selbst gefangen gehalten und Erfahrungen aus der Therapie von Homosexuellen mit psychischen Problemen auf *alle* Homosexuellen übertragen. Dannecker setzt dem eine Theorie der Homosexualität entgegen, der zufolge diese gleich ursprünglich sei

1 Introjekt = Ergebnis der Introjektion, der unbewussten Einbeziehung fremder Anschauungen, Motive usw. in das eigene Ich, z.B.: die „verinnerlichten Eltern“

wie Heterosexualität. Psychische Gesundheit sei daher keineswegs mit der Abwesenheit homosexuellen Verhaltens gleichzusetzen. Allerdings lebten „prähomosexuelle Kinder“² nur selten unter familiären Bedingungen, welche die Herausbildung eines positiven Bildes von Homosexualität ermöglichten, und fühlten sich oft sowohl aus der Herkunftsfamilie als auch aus der Clique der Gleichaltrigen ausgeschlossen. Für Beratung und Psychotherapie schließt Dannecker daraus: „Schwer wiegende krisenhafte Entwicklungen von homosexuellen Männern, zu deren Therapie eine Psychotherapie oder Psychoanalyse angezeigt ist, sollten nur von einem Psychotherapeuten oder Psychoanalytiker behandelt werden, der davon überzeugt ist, dass der Homosexuelle eine ebenso berechnete und ernst zu nehmende psychosexuelle Entwicklung durchgemacht hat wie er selbst.“

Wolfgang Roth nähert sich dem Problem der Psychopathologisierung von einer anderen Seite: In seinem Artikel „Homosexuelle Individuation zwischen Ablehnung und Akzeptanz: Zur Psychodynamik der Homophobie“ fragt er nach den unbewussten Motiven für die pathologisierenden Theorien der Homosexualität. Roth sieht diese in tief verwurzelten Ressentiments, die sich heute unter einer dünnen zivilisatorischen Schicht mehr schlecht als recht verbergen. Der Homosexuelle diene als Projektionsträger für (männliche) sexuelle Themen wie Triebhaftigkeit, Promiskuität und „unorthodoxe“ Sexualpraktiken, die nicht im Dienste „moralisch höherer“ Werte wie z.B. der Fortpflanzung stehen. Außerdem sei er eine Gefahr für das Männlichkeitsideal und gesellschaftliche Rollenvorstellungen. Roth weist wie Dannecker darauf hin, dass Homosexuelle nicht immer und nicht nur an der Homosexualität leiden, sondern an der im Laufe ihrer Entwicklung schon früh erfahrenen und verinnerlichten Diskriminierung und Ablehnung. Diese antihomosexuellen Introjekte könnten dann im späteren Leben

2 Als prähomosexuell werden Kinder bezeichnet, die später – im Prozess des Coming-out – ihre Homosexualität realisieren. Wie Dannecker in seinem Beitrag aufzeigt, unterscheidet sich die psychosexuelle Entwicklung von heterosexuellen und homosexuellen Menschen nicht erst mit dem Wissen um die eigene sexuelle Orientierung; die Unterschiede sind vielmehr schon in der frühen Kindheit (Stichwort: Ödipus-Komplex) auszumachen.

Selbstablehnung, selbstzerstörerisches Verhalten, Beziehungsunfähigkeit, Depressivität oder Sucht begünstigen. Therapeut(inn)en müssten sich daher mit ihren eigenen, versteckten homophoben Anteilen auseinandersetzen, so das Fazit des Autors, wenn sie Schwule und Lesben beraten und behandeln wollten.

SELBSTVERSTÄNDLICH SCHWUL UND LESBISCH LIEBEN UND LEBEN?

Mit Bedacht haben wir das Fragezeichen hinter diesen Satz gestellt: Bei aller „Leichtigkeit des Seins“, welche die „Mütter“ und „Väter“ der Schwulen- und Lesbenbewegung für uns erstritten haben, muss schwul-lesbische Selbstverständlichkeit immer wieder neu erkämpft werden, von jeder/jedem Einzelnen, mit jedem Coming-out neu!

Karola Berlage bringt das in ihrem Beitrag „Paardynamik in lesbischen Beziehungen“ wie folgt auf den Punkt: Dass es in einer homophoben Gesellschaft und bei einer heterosexistischen Erziehung mit „heterosexuellem Erwartungsdruck“ überhaupt lesbische Beziehungen gebe, sei ein „mittleres Wunder“. Schließlich trafen zwei Frauen aufeinander, die zu Verstehenden, Gebenden und für den emotionalen Haushalt Verantwortlichen erzogen worden seien und denen man defensive Zurückhaltung, Konfliktangst und Wutverbot eingetrichtert habe. Die Folge: Konflikte würden oft nicht ernst genommen oder vermieden, der Wunsch nach „Freiheit und Abenteuer“ werde in Nebenbeziehungen „verwirklicht“ oder die Lösung in der Trennung gesucht. Über Sexualität und die Probleme damit werde kaum gesprochen. Das bestätigt auch **Manuela Torelli**, die an einer Studie zu funktionellen Sexualstörungen bei lesbischen Frauen arbeitet. Für viele ein Tabuthema: Aus Angst vor der Pathologisierung weiblicher bzw. lesbischer Sexualität spreche frau schließlich schon selten genug über die *Freuden* des Sexualebens – umso schwieriger sei es, über Probleme mit oder gar Leiden an der Sexualität zu sprechen.

Es ist also offenbar gar nicht so einfach, selbstverständlich lesbisch (und schwul) zu lieben und zu leben. Dennoch – oder vielleicht gerade deswegen – hat sich eine Vielfalt der Lebens- und Beziehungsformen entwickelt, die sich nicht in Schubladen pressen lassen. Zwar macht auch **Michaela Ise** in ihrem Beitrag „Lesbische Beziehungsmodelle zwischen ‚lebendigem Liebesleben‘ und ‚Homo-Ehe light‘“ auf besondere Spannungsfelder in lesbischen Beziehungen aufmerksam (z.B. ein häufig überdurchschnittliches berufliches Engagement einer oder beider Partnerinnen oder der Umgang mit Kinderwunsch und/oder Kindern, die mit in die Beziehung gebracht werden), begreift diese aber nicht nur als Gefahr, sondern auch als Chance für ein Miteinander-Wachsen. Die Vielfalt lesbischer Beziehungen und ihre besondere Qualität könnten in Zeiten von Patchworkfamilien und Lebensabschnittsgefährte(inn)en auch für andere ein Modell sein: Ise plädiert dafür, sich nicht an irgendwelchen (oft politisch motivierten) Beziehungsmodellen zu orientieren, sondern selbstbewusst für eine Gesellschaft einzutreten, die Vielfalt respektiert, die Belange von Frauen und Lesben berücksichtigt und in der man in verschiedenen Lebensformen (über hetero- und homosexuelle Zweierbeziehungen hinaus) die je individuelle Balance zwischen Freiheits- und Sicherheitsbedürfnis finden kann – solange die „Vielfalt postmoderner Beziehungsmodelle“ nicht zur neuen Norm erhoben wird, möchte man hinzufügen.

Zu diesen neuen Lebensformen zählen immer häufiger auch Beziehungsmodelle von Lesben und Schwulen, in die *Kinder* einbezogen sind. **Walter Berger** von der schwul-lesbischen Forschungsgruppe München stellt in seinem Beitrag „Lesben – Schwule – Kinder“ dar, welche rechtlichen Möglichkeiten Lesben und Schwule haben, die ihren Kinderwunsch realisieren wollen. Zunächst aber stellt er Ergebnisse amerikanischer Studien zum Erziehungsverhalten homosexueller Eltern und zum psychischen Befinden der Kinder vor. Fazit: Zwischen Kindern homosexueller und heterosexueller Eltern gibt es keine signifikanten Unterschiede, weder bei der Geschlechtsidentität noch bei geschlechtsspezifischem Rollenverhalten und sexueller Orientierung. Verhaltensauffälligkeiten würden häufig vorschnell auf die gleichge-

schlechtliche Lebensweise der Eltern zurückgeführt, statt an gesellschaftliche Vorurteile und Stigmatisierungen gegenüber Lesben und Schwulen zu denken, denen auch ihre Kinder ausgesetzt seien.

Wie sich Homophobie und Antihomosexualität auf die Entwicklung von homosexuellen Jugendlichen auswirken können, zeigt Uli Biechle in seinem Beitrag „Schwule Jugendliche: Lebenssituation und psychosozialer Hilfebedarf“ auf. Eines der Ergebnisse einer Studie, im Auftrag des niedersächsischen Sozialministeriums von der schwul-lesbischen Forschungsgruppe München durchgeführt: „Sich damit zu beschäftigen, dass man sich zum gleichen Geschlecht hingezogen fühlt, bedeutet nach wie vor, sich auf unsicheres Gelände zu wagen; und wenn das Gefühl zur Sicherheit wird, gilt es, die Zugehörigkeit zu einer verachteten Minderheit in das eigene Selbstbild zu integrieren.“ Die sexuelle Sozialisation schwuler Jugendlicher verläuft meistens anders als bei heterosexuellen Jugendlichen: Den ersten festen Freund haben sie im Durchschnitt viel später als ihre Geschlechtsgenossen die erste Freundin. Es fehlt die Peergroup, der schwule Jugendliche sich zugehörig fühlen und in die sie ihre durch die ersten sexuellen Erfahrungen entfesselte Sehnsucht nach Liebe hinein tragen könnten. Kein Wunder also, dass viele junge Schwule sich durch Liebeskummer, Einsamkeit oder Unzufriedenheit mit dem Sexualleben belastet fühlen. In Anlehnung an Mario Erdheims Vorstellungen von der Adoleszenz als zweiter Entwicklungschance³ müsste man also für schwule (und lesbische) Jugendliche Sozialisationsbedingungen fordern und fördern, welche die in der frühen Entwicklung verinnerlichte Ablehnung des homosexuellen Verlangens und die aufgrund fehlender Spiegelung durch relevante Bezugspersonen entstandenen Defizite ausgleichen helfen: Jeder vierte der Befragten hat bereits fachliche psychologische Hilfe in Anspruch genommen; die Belastung durch Depressionen ist weit höher als bei heterosexuellen Jugendlichen.

³ Erdheim vertritt die Auffassung, dass günstige Entwicklungsbedingungen innerhalb der Adoleszenz die Folgen frühkindlicher Defizite, Traumata und Störungen ausgleichen können. Eine unglücklich verlaufende Adoleszenz hingegen könne frühkindliche Konflikte verschärfen und das Auftreten psychischer Erkrankung/en begünstigen.

Sind schwule Männer deswegen auch stärker in der Gefahr, von einem Suchtmittel abhängig zu werden? Dieser Frage geht **Christoph-Peter Teich** in seinem Workshop-Bericht „Suchtmittelmissbrauch und Suchtverhalten bei schwulen Männern“ nach. Er stellt unterschiedliche Erklärungsmodelle für die Suchtentstehung vor und illustriert sie mit den Erfahrungen der Workshop-Teilnehmer mit schwulen Patienten. Die Frage war in diesem Rahmen nicht zu klären; einzig waren sich die Teilnehmer aber zumindest darin, dass Schwule Drogen gezielter einsetzen, um „besseren Sex“ zu erleben, und dass eine Form von Sucht bei ihnen wohl doch weit häufiger anzutreffen sei: die Sexsucht.

SELBSTVERSTÄNDLICH „NORMAL“? LUST UND FRUST IM ZEITALTER DER NORMALISIERUNG VON AIDS

Sexualität – ein schwieriges Thema. Und schwieriger geworden durch HIV und AIDS, zumindest für schwule Männer. Zwanzig Jahre leben wir nun mit dem Virus und der Krankheit – und mit den Strategien dagegen. Safer Sex ist eine davon – Ausdruck eines kollektiven Gegensteuerns gegen die Gefahr einer Katastrophe, aber nie „geliebt“, wie **Christopher Knoll** in seinem Beitrag hervorhebt („Zur Psychodynamik ungeschützter mann-männlicher Sexualität“). Safer Sex werde oft als Lust ohne Rausch erlebt, nicht als Lust ohne Reue, als gesellschaftliche „Entschärfung“ schwuler Sexualität und als Versuch, diese kontrollierbar und „sauber“ zu machen. Knoll verwundert es daher nicht, dass sich der Wunsch nach ungeschütztem Sex immer wieder und derzeit offenbar vehementer als zuvor Bahn bricht, aus den verschiedensten Motiven: Manche wollten das Risiko nicht wahrnehmen, andere hätten das Gefühl, sich sowieso nicht schützen zu können, und wieder andere wollten sich bewusst riskieren. Sein Fazit: Beratung und Prävention müssten damit umgehen, dass sich Sexualität niemals vollkommen domestizieren lasse. Und Präventionist(inn)en müssen sich von Allmachtsphantasien einer 100%igen Prävention verabschieden und damit leben, dass Menschen bewusst oder unbewusst Risiken suchen und eingehen, wäre hinzuzufügen.

Auf einer ähnlichen Linie liegt auch **Uli Meurer**, der sich mit „Unsafe Sex und Vorsicht ‚on the long run‘“ auseinander gesetzt hat: Die von der Deutschen AIDS-Hilfe und anderen propagierten „Safer-Sex-Regeln“ seien der Versuch gewesen, schwule Sexualität angesichts der tödlichen Bedrohung durch das kollektive Trauma AIDS zu retten – allerdings nie auf Dauer angelegt, da man eine baldige medizinische Lösung erwartet habe. Die Einführung der antiretroviralen Therapien sei dann ein deutlicher Einschnitt im Umgang der schwulen Szene mit AIDS gewesen, der ältere von jüngeren Schwulen getrennt habe: Die einen hätten Freunde und Lover sterben sehen und daraus zu einem guten Teil ihre Präventionsmotivation gezogen, die anderen seien mit dem Mythos der Behandelbarkeit sozialisiert worden. Und hier schließe sich der Kreis wieder: Gerade die Jüngeren (aber nicht nur sie) erlebten ungeschützten Sex oft als Freiheit vom lästigen Risikomanagement, als Suche nach neuen Tabubrüchen und als Protest gegen eine „angepasste“ schwule Community.

Was es mit der „Behandelbarkeit“ von HIV aber tatsächlich auf sich hat, das erleben viele Berater/innen von Menschen mit HIV und AIDS in ihrer täglichen Arbeit: Stand „früher“ der Biographiebruch im Vordergrund, das Zurücknehmen von Phantasien und Zielen und die Beschränkung der Lebensplanung auf einen wesentlich kürzeren Zeitraum, so führt die Öffnung des individuellen Zeithorizontes „heute“ zu einem Strukturverlust. Menschen mit HIV, so **Armin Traute**, **Karl Lemmen** und **Michaela Müller** in ihrem Beitrag „Beratung in den Zeiten von HAART“, müssten sich heute danach ausrichten, vielleicht nur noch zwölf Monate, vielleicht aber auch noch 20 Jahre Leben mit (der Behandlung) ihrer Infektion vor sich zu haben. Dabei haben sich durch den medizinisch-technischen Fortschritt auch die Deutungsmuster der HIV-Infektion verschoben: Ging man zunächst davon aus, bei symptomfreien Infizierten herrsche ein relatives Gleichgewicht zwischen Virusvermehrung und Virusabwehr, so weiß man heute, dass das Virus auch in dieser Phase dem Immunsystem Schaden zufügt. Die Entscheidung für oder gegen den Beginn einer Kombinationstherapie setze voraus, dass der/die Patient/in dieses Deutungsmuster übernehme, sich al-

so selbst als krank verstehe. Probleme mit dieser Entscheidungsfindung oder mit der Fortführung einer perspektivisch lebenslangen Behandlung, so die Autorin und die Autoren, würden zunehmend Thema in der psychologischen Beratung und Psychotherapie. Blende man hier die Implikationen der Therapie aus, könne man keinen Anspruch auf Ganzheitlichkeit mehr erheben. Ihr Fazit: Gefragt ist eine kritische Medizinberatung, um der Medizinisierung und Medikalisation entgegenzuwirken.

BERATUNG, THERAPIE UND WISSENSCHAFT VON UND FÜR LESBEN UND SCHWULE – SELBSTVERSTÄNDLICH!

Was macht Beratung und Therapie von Lesben und Schwulen aus, sind besondere Anforderungen an die Beratung für lesbische und schwule Klient(inn)en zu stellen, und ist wissenschaftliches Arbeiten zu lesbischen und schwulen Themen wirklich schon selbstverständlich? Diesen Fragen sind mehrere Workshop-Berichte und Beiträge gewidmet:

„Was würden meine Patient(inn)en denken, wenn...“ ...sie von unserer Homosexualität wüssten?, fragen sich **Gudrun Pfitzner** und **Rita Seitz** und beschäftigen sich mit Homophobie in Übertragung und Gegenübertragung. Homophobie – womit wir wieder beim Thema wären – müsse nicht nur als Bestandteil der psychischen Struktur „anderer“ gesehen werden, sondern auch als Baustein schwuler und lesbischer Identitätsarbeit. Auch unter schwulen und lesbischen Therapeut(inn)en komme es nämlich immer wieder zu heftigen, zum Teil auch stark tabuisierten Konkurrenz- und Entwertungsimpulsen, die sich aus eigenen homophoben Strukturen speisten.

Das gleiche Thema betrachten **Angela Kühner** und **Gudrun Pfitzner** gewissermaßen „von der anderen Seite“: „(Dis-)Qualifiziert eigene Diskriminierungserfahrung für die Arbeit mit Diskriminierten?“, so ihre Frage. Fazit der Workshop-Teilnehmer/innen: Zwar könnten schwule Therapeuten und lesbische Therapeutinnen (im Bemühen, möglichst

wenig zu pathologisieren) dazu neigen, die Probleme ihrer schwulen und lesbischen Klient(inn)en zu unterschätzen und bestimmte Dinge der „heilen Subkultur“ nicht sehen zu wollen (z.B. Gewalt in lesbischen Beziehungen). Prinzipiell aber trage die Erfahrung, „nicht selbstverständlich passend zu sein“, dazu bei, alle möglichen Selbstverständlichkeiten in Frage zu stellen, und die Auseinandersetzung mit eigenem Leiden mache es möglich, Leiden insgesamt besser anerkennen zu können und nicht verleugnen zu müssen – kurz: eine Qualifikation.

Um die Qualifikation für die Arbeit mit schwulen und lesbischen Klient(inn)en ging es auch im Workshop „Auf Lesben und Schwule ‚spezialisierte‘ Therapeut(inn)en“ von **Günter Reisbeck**: Könnte man nicht, so die Frage, die psychotherapeutische Versorgung von Lesben und Schwulen als spezifische Tätigkeit definieren (ähnlich wie bei Kindern und Jugendlichen), für die besondere „Fachkunde“ nachzuweisen wäre? Und wäre das dann nicht ein Fall für die Sonderbedarfszulassung im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes? In der Diskussion war man sich einig, dass sowohl für niedergelassene Psychotherapeut(inn)en als auch für spezifische Institutionen wie z.B. Lesben- und Schwulenberatungsstellen Abrechnungsmöglichkeiten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. den Krankenkassen zu schaffen seien. Um dieses Ziel zu erreichen, sei der Nachweis zu führen, dass Lesben und Schwule das bestehende Versorgungssystem nicht oder kaum nutzen, weil es nicht auf sie eingestellt ist und sie dort mehrheitlich negative Erfahrungen machen. Zugleich müssten Kriterien für eine fachgerechte psychosoziale Versorgung von Lesben und Schwulen entwickelt werden, die auf dem nachweislichen Zusammenhang zwischen schwuler/lesbischer Identitätsfindung und psychischer sowie körperlicher Gesundheit beruhen.

In die gleiche Richtung geht auch **Reinhard List**, der Angebote zur psychosozialen Versorgung psychisch kranker schwuler Männer in Berlin vorstellt: Psychische Erkrankungen seien bei Schwulen und Lesben nicht weiter verbreitet als in der übrigen Bevölkerung, so seine Auffassung. Es gebe aber erhebliche zusätzliche Stressoren in ihrem Leben,

vor allem die Bewältigung des Coming-out. Angebote wie die der Berliner Schwulenberatung böten hier Orte der Akzeptanz und Förderung homosexueller Identität und Schutzzräume vor Diskriminierung. Als Alternativen zum und Ergänzung des bestehenden Versorgungssystems leisteten sie eine wichtige Aufgabe bei der (Re-)Integration in den schwulen Alltag.

Abgeschlossen wird die „interne“ Diskussion mit Berichten von **Antje Doll** sowie **Melanie Caroline Steffens** und **Thomas Grossmann**. Auch hier geht es um schwul-lesbische Selbstverständlichkeit: Sollen Therapeut(inn)en, die Berichte an die Gutachter/innen gemäß den Psychotherapierichtlinien schreiben, von der homosexuellen Lebensform ihrer Patient(inn)en schreiben? Überraschendes (?) Ergebnis des Workshops von **Antje Doll**: Keinem/keiner der anwesenden Therapeut(inn)en ist bislang ein solcher offener und authentischer Bericht abgelehnt worden. Die meisten Gutachter/innen scheinen die homosexuelle Lebensform nicht als „krankheitswertig“ zu sehen. Ähnlich die Erfahrungen beim Arbeitskreis zu Forschungsarbeiten über „schwule/lesbische Themen“ (**Melanie Caroline Steffens** und **Thomas Grossmann**): Arbeiten Schwule und Lesben an „ihren“ Themen, führt die innere Beteiligung der Forschenden zu einer hohen Motivation, und es werden die „richtigen“ Fragen gestellt – auch wenn sich damit vielleicht manchmal ein ungewolltes oder „unzeitiges“ Coming-out verbindet.

Soweit zum (relativ) geschützten Raum des Therapie- und Arbeitszimmers. Was aber tun, wenn Therapeut/in und Klient/in in der Szene aufeinander treffen? Das haben **Klaus Tillmann** und **Ulrich Treiber** die Teilnehmer/innen ihres Workshops gefragt. Die Antworten fielen höchst unterschiedlich aus, je nach privater und beruflicher Situation sowie therapeutischem Selbstverständnis: die Reaktionen bewegen sich zwischen offensivem Umgang und vermeidender Selbstbeschränkung. Selbstverständlichkeit, Authentizität sei gefragt, so die Autoren – und da das meistens leichter gesagt als getan sei, schlagen sie vor, das Bedürfnis nach Austausch über diese Frage in den Alltag einzubauen, zum Beispiel im Rahmen von Intervisionsgruppen.

Auf die Praxis der psychosozialen Beratung und Therapie schließlich blicken die letzten beiden Beiträge dieses Bandes: **Holger Walter** und **Thomas Symalla** greifen für ihre Arbeit mit homosexuellen Klient-(inn)en Elemente aus der Aufstellungsarbeit Bert Hellingers auf, ohne allerdings alle seine (zum Teil pathologisierenden) Grundannahmen zu übernehmen. In ihrer Arbeit habe sich die Methode bewährt, so die Autoren, sie müsse allerdings um Aspekte schwuler Sexualität und Identität erweitert werden. **Erich Rossel** und **Klaus Hofmann** schließlich stellen Ergebnisse einer Studie zur Lage binationaler homosexueller Paare vor, und hier schließt sich zum letzten Mal der Kreis zur Homophobie und zur antihomosexuellen Verfolgung: Zwei Drittel der Befragten können nur in Deutschland zusammen leben, weil der eine Partner/die eine Partnerin im Herkunftsland als Homosexuelle/r verfolgt wird. Im Vergleich zu heterosexuellen binationalen Paaren sind sie (zumindest zurzeit) doppelt benachteiligt, weil sie rechtlich nicht abgesichert sind. Dazu **Klaus Hofmann**: „Die binationalen Homo-Paare unterscheiden sich in der Lebensplanung und im Selbstverständnis nicht von heterosexuellen Paaren, werden aber durch die Rechtlosigkeit und durch die bürokratischen Hürden in der Entfaltung ihrer Persönlichkeit massiv beeinträchtigt.“ Dabei bieten sich doch gerade hier Chancen des Voneinander-Lernens: Die meisten Befragten sehen Bina-tionalität als positive Herausforderung, die verschiedenen Kulturen und Mentalitäten kennen zu lernen und zu erleben – eine Haltung, die man sich auch für den Umgang mit Lesben und Schwulen, mit Transsexuellen und Transidentischen, kurz: mit jedem Menschen wünschen darf.



HOMOSEXUALITÄT ZWISCHEN HOMOPHOBIE, PATHOLOGISIERUNG UND SELBST-VERSTÄNDLICHKEIT

Das verschwundene Problem: Homosexualität und Psychoanalyse¹

MARTIN DANNEKER

Übersicht: Der Autor kritisiert die immer noch nicht überwundene Tendenz zur Psychopathologisierung der Homosexualität innerhalb der Psychoanalyse und plädiert stattdessen für eine Gleichursprünglichkeit von heterosexueller und homosexueller Objektwahl und für eine Theorie der Homosexualität, die das Begehren des Vaters auf Seiten des jungen Homosexuellen und einen Feminitätsschub, der zu einer anderen Legierung von Weiblichkeit und Männlichkeit im Homosexuellen führt, sowie die durchaus ambivalente Beziehung des Homosexuellen zur Mutter thematisiert.

Die Überzeugung, jene Form der Sexualität, die mit bewusst wahrgenommenen gleichgeschlechtlichen Phantasien und einer präferierten oder ausschließlichen Wahl gleichgeschlechtlicher Sexualobjekte einhergeht, sei eine abgegrenzte klinische Entität, hat Ärzten, Psychotherapeuten und Psychoanalytikern über Jahrzehnte hinweg den Blick auf ihre Patienten verstellt. Aber auch auf jene homosexuellen Männer, die wegen ihrer sexuellen Objektwahl nie um therapeutische Hilfe nachsuchten, wirkte sich die mit diesem Konstrukt einhergehende Pathologisierung fatal aus. Weil dieses Konstrukt schon vorzeiten dem engen Bereich der Klinik entsprungen ist und zur allgemeinen Auffassung über Homosexualität avancierte, wurden alle homosexuellen Männer, unabhängig davon, wie sie sich fühlten, wie sie lebten und liebten, als krank angesehen. Sie waren, solange die bloße Präferenz für gleichgeschlechtliche Sexualobjekte als Krankheit oder als Zeichen einer Krankheit galt, gleichsam mit eingespannt in jenen Zirkel, in den die klinische Theorie der Homosexualität über lange Zeit ausweglos verstrickt war.

¹ Original: Probleme der männlichen homosexuellen Entwicklung; Vorabdruck aus Volkmar Sigusch (Hg.): *Sexuelle Störungen und ihre Behandlung*. Dritte, neubearbeitete und wesentlich erweiterte Auflage. Stuttgart/New York: Thieme 2001

DER WILLE ZUR PSYCHOPATHOLOGISIERUNG

Bis zum Jahr 1973, in dem sich die American Psychiatric Association (APA) zu dem Entschluss durchrang, die Homosexualität zu entpathologisieren und aus dem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), dem auch hierzulande zu Rate gezogenen psychiatrischen Krankheitsregister, zu streichen, war die Gleichsetzung von Homosexualität mit Krankheit unter Ärzten, Psychotherapeuten und Psychoanalytikern gängige und kaum kritisierte Lehrmeinung. In den Ausschussdebatten, die der Entscheidung der APA vorausgingen, schwang sich die zirkuläre klinische Lehre über Homosexualität noch einmal zu den ihr eigentümlichen Höhen auf. Eine detaillierte Darstellung und kritische Kommentierung der Ausschussdebatten hat Kenneth Lewes (1988) vorgelegt. Vertreten wurde diese Lehre vor allem von Irving Bieber und Charles Socarides, zwei prominenten und mit einschlägigen Publikationen hervorgetretenen Psychoanalytikern. Beide haben in dieser Debatte vehement die Auffassung vertreten, die homosexuelle Objektwahl sei Symptom einer schweren psychischen Störung. Socarides, der seit dem Erscheinen seiner Monographie *The overt homosexual* (1968) neben Bieber als führender psychoanalytischer Theoretiker der Homosexualität galt (vgl. vor allem Bieber u.a. 1962), verteidigte seine Überzeugung unter anderem mit seinen jahrzehntelangen klinischen Erfahrungen mit homosexuellen Patienten. Andere als schwer gestörte homosexuelle Männer hat Socarides während dieser Zeit offenbar weder gesehen noch behandelt. Deshalb wollte er auch Sätze wie die folgenden als Essenz seiner klinischen Erfahrung betrachtet haben, Sätze, die aus einer weniger einseitigen klinischen Perspektive freilich nicht anders denn als Verdikt über homosexuelle Männer gelesen werden können: „Die Homosexualität beruht auf der Furcht vor der Mutter und auf dem aggressiven Angriff gegen den Vater; sie ist voll von Aggression, Destruktion und Selbstbetrug. Es ist eine Maskerade des Lebens [...]. Anstelle von Einigkeit, Kooperation, Trost, Anregung, Bereicherung, gesunder Herausforderung und Erfolg finden wir nur Destruktion, wechselseitige Niederlagen, Ausbeutung des Partners wie der eigenen Person, oralsadistische Inkorporation, aggressive Attacken,

Versuche, die Angst zu beschwichtigen, sowie eine Scheinlösung für die aggressiven und libidinösen Impulse, die das Individuum beherrschen und quälen“ (Socarides 1971, S. 22).

Schon an der schäumenden Sprache seiner Monographie lässt sich ablesen, welcher Wille zur Pathologisierung Socarides angetrieben haben muss. Einem solchen Willen muss die mehrfache Begrenztheit der klinischen Erfahrung entgegen. Begrenzt ist diese einerseits durch den banalen Umstand, dass Ärzte und Psychoanalytiker nur über solche Homosexuellen sprechen können, die zu Patienten geworden sind, nicht aber über jene, die nie im Zusammenhang mit ihrer Homosexualität um ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe nachsuchten. Ausschlaggebender für die Beschränktheit der klinischen Erfahrung ist freilich der individuelle „Bias“, der durch die persönlichen Vorlieben und Abneigungen und die theoretischen Vorannahmen des jeweiligen Analytikers gesetzt wird. Die individuelle Zurichtung des Behandlers hat auf die Auswahl der von ihm in Behandlung genommenen Patienten einen entscheidenden Einfluss. Der Auswahl der Patienten durch die Analytiker korrespondiert die keineswegs zufällige Wahl eines bestimmten Analytikers durch die Patienten. Es ist dann auch durchaus wahrscheinlich, dass sich schwer gestörte homosexuelle Patienten solche Psychoanalytiker oder Psychotherapeuten suchen, die psychische Gesundheit mit der Abwesenheit von homosexuellem Verhalten gleichsetzen und es als Ziel einer Behandlung ansehen, die Homosexualität zu beseitigen und den leidenden Homosexuellen zur Heterosexualität zu verhelfen. Die durch solche und andere Voraussetzungen zustande kommende Kanalisierung von Patienten und ihr Einfluss auf die Theoriebildung ist in der bisherigen klinischen Literatur nur sehr unzureichend reflektiert worden.

Es ist aber nicht nur die fehlende Reflexion der Begrenztheit der klinischen Erfahrung, die zu unhaltbaren Generalisierungen führt. Befördert werden solche Generalisierungen durch eine klinische Kultur, in der die Homosexualität als eine substantielle Kategorie gilt. Weil im Gegensatz dazu die Heterosexualität keine Kategorie darstellt, der irgend etwas Substantielles anhaftet (vgl. Hirschauer 1992; Dannecker 1994), finden sich auch in der gesamten klinischen Literatur keine ent-

sprechenden Schlüsse aus psychotherapeutischen Behandlungen von heterosexuellen Patienten auf die psychische Verfasstheit heterosexueller Menschen bzw. der Heterosexualität. Würde jemand ernsthaft einen solchen Versuch unternehmen, würde sich im Unterschied zur Homosexualität sogleich das Unhaltbare bzw. im Wortsinne Ver-rückte einer solchen Vorgehensweise zeigen. Jedem würde sofort deutlich werden, dass eine abstrakte Kategorie keine Psyche haben kann. Das gilt selbstverständlich auch für die Homosexualität. Auch sie verfügt nicht über eine Psyche und kann folglich auch nicht mit Aggression, Destruktivität und Selbsttäuschung angefüllt sein. Über solche Eigenschaften können nur Individuen verfügen, und wenn sie das tun, dann stehen diese Eigenschaften nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit ihrer sexuellen Objektwahl. Da aber die Homosexualität nun einmal als eine substantielle Kategorie mit fest zugeschriebenen Qualitäten benutzt wird, ist die Auffassung von Socarides nicht als ver-rückt zu bezeichnen. Sie ist Ausdruck eines immer noch nicht abgetragenen inversen Denkens über Homosexualität.

Die Differenz, welche zwischen der Kategorie Homosexualität und der Kategorie Heterosexualität besteht, drückte sich unter der Herrschaft dieses Denkens im klinischen Alltag größerer psychotherapeutischer Einrichtungen darin aus, dass es als ausreichend angesehen wurde, wenn auf die beiläufige, in einer Pause gestellte Frage „Was für einen Patienten hast du gerade gesehen?“ als Antwort nicht mehr folgte als ein schlichtes „einen Homosexuellen“. Eine solche Art und Weise der Kommunikation funktioniert nur über das von den Kommunikationspartnern geteilte Vorverständnis über die Substantialität der Kategorie Homosexualität. Dieses Vorverständnis ermöglicht es ihnen, sich das der Homosexualität an generellen Qualitäten und Eigenschaften Zuschriebene assoziativ zu vergegenwärtigen. Die vergleichsweise substanzlose Kategorie Heterosexualität verunmöglicht im Falle eines heterosexuellen Patienten eine analoge Verständigung im klinischen Alltag.

Erschwert wurde und wird die Einsicht der Psychoanalyse und der Medizin in die Unhaltbarkeit ihrer generellen Psychopathologisierung der Homosexualität zudem noch durch den diesen wissenschaft-

lichen Branchen eigentümlichen Blick auf die Menschen, der zugleich ein berufliches Erfordernis und eine „déformation professionnelle“ darstellt. Dieser Blick ist völlig einseitig auf das Erkennen von psychischen oder physischen Störungen konzentriert. Er folgt der allgemeinen Logik ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns, die unter der Herrschaft des Gestörten steht. Zwar ist es das Ziel ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns, Gesundheit und Ungestörtheit herzustellen. Es gehört jedoch zu den Paradoxien ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns, dass es ganz und gar auf Krankes und Gestörtes bezogen bleibt und sich ihm Gesundes und Ungestörtes entzieht. Der dieser Handlungslogik entsprechende Blick ist, weil er auf Alltägliches und Normales nicht eingestellt ist, als psychopathologischer Blick zu bezeichnen. Kennzeichnend wird diese Optik auch an dem gegenwärtig ablaufenden Gesunderhaltungsdiskurs. Konstitutiv für diesen Diskurs sind Krankheiten, die vermieden werden sollen. Folglich zielt er darauf ab, bei seinen Adressaten ein Bewusstsein für Krankmachendes zu implantieren. Dass Psychoanalytiker an ihren Patienten, seien sie nun heterosexuell oder homosexuell, vornehmlich Gestörtes wahrnehmen und, wenn sie über diese berichten, deren Störungen in den Vordergrund stellen, ist demnach ein nach den Regeln der ärztlichen Kunst ablaufender Vorgang. Der qualitative Umschlag, der aus Patienten mit einer gleichgeschlechtlichen Objektwahl etwas ganz anderes macht als aus jenen mit einer gegengeschlechtlichen, wird bewerkstelligt durch die vorgängige kategoriale Trennung der sexuellen Formen bzw. Orientierungen.

Wo die strikte kategoriale Trennung zwischen Homo- und Heterosexualität klinisches Handeln und Denken organisiert, ist dem Verblendungszusammenhang, welcher der Homosexualität Krankheit und der Heterosexualität Gesundheit supponiert, nicht zu entgehen. Unter solchen Voraussetzungen wird jeder Bericht über die Behandlung eines homosexuellen Patienten zu einem weiteren Scheinbeweis für die vorweg angenommene generelle Pathologie der Homosexualität. Dass es in der Debatte der APA gelungen ist, diesem Verblendungszusammenhang zu entgehen und dem zirkulären Denken auf die Schliche zu kommen, muss angesichts der bis in die Gegenwart hinein virulenten

Ambivalenz gegenüber der Homosexualität überraschen. Denn weder die APA-Entscheidung, die Homosexualität aus der Liste der seelischen Störungen zu streichen, noch die seitherige Diskursivierung der Homosexualität als ein vielfältig zerstreutes sexuelles Normalphänomen durch die Sexualwissenschaft, die Soziologie und die aufgeklärtere Öffentlichkeit haben die Pathologisierung der Homosexualität abzutragen vermocht. Nicht zuletzt innerhalb der Psychoanalyse wurde und wird die Homosexualität als ein spezifisches Krankheitsbild betrachtet. So hat sie beispielsweise Peter Kutter (1989, S. 262) in der von Wolfgang Loch herausgegebenen *Krankheitslehre der Psychoanalyse* unter dem Rubrum „Sonstige psychiatrische Krankheitsbilder“ abgehandelt. Allein diese Systematik tradierte die unhaltbare Pathologisierung der Homosexualität. Daran vermochte auch die der Neuauflage des Jahres 1989 hinzugefügte Vorbemerkung zu dem bisherigen Text nichts zu ändern. Diese wohl als Reflex auf die auch innerhalb der Psychoanalyse vereinzelt vorgetragene Kritik an der Pathologisierung der Homosexualität verfassten Zeilen sind, bringt man sie mit dem Haupttext Kutters zum Thema zusammen, vielmehr beispielhaft für das von Angst, Konventionalität und inkonsistentem Denken gekennzeichnete Verhältnis der Psychoanalyse zur Homosexualität. In der Vorbemerkung wird die generelle Pathologisierung der Homosexualität immer wieder gelockert, allerdings nur, um anschließend erneut bestätigt zu werden. Das in ihr enthaltene Zugeständnis des Autors, „dass es Menschen gibt, die in freier Entscheidung homosexuell leben, dabei aber ebenso wenig gestört sein müssen wie sich heterosexuell verhaltende Menschen“ (ebd.), erweist sich angesichts der im Hauptteil des Textes aufgestellten Behauptungen und Generalisierungen als bloße Mimikry, mit der unaufmerksame Leser getäuscht werden sollen. In dem seit der dritten Auflage im Wesentlichen unveränderten Haupttext wurde unter anderem Folgendes ausgeführt: „Wenn wir auch nicht, wie in der zweiten Auflage dieses Beitrags, Ich-Störungen und Objektabhängigkeit des Homosexuellen den zu Schizophrenie disponierten Persönlichkeiten gleichsetzen wollen, so sind wir mit C. W. Socarides der Meinung, dass der Homosexualität zumindest eine narzisstische ‚Persönlichkeits-Struktur‘ zugrunde liegt“ (ebd., S. 263; Hervorheb. M. D.). Wenn aber der Ho-

mosexualität als solcher eine narzisstische Persönlichkeitsstruktur und anderes mehr zugrunde liegt, das Kutter freilich im Dunkeln lässt, dann ist das für die Psychoanalyse gleichbedeutend mit einer mit der Homosexualität verschwisterten Pathologie. Anders hat Socarides, auf den sich Kutter stützt, auch nicht argumentiert. Wäre das aber so, dann könnte es die ungestörten Homosexuellen, die Kutter sich in seiner Vorbemerkung vom Zeitgeist abringen ließ, nicht geben.

In der neuesten, im Jahr 1999 erschienenen Auflage des von Loch begründeten Lehrbuchs erfährt die Homosexualität einen bemerkenswerten Umschwung. In dem jetzt von Kutter gemeinsam mit Thomas Müller verfassten Kapitel „Psychoanalyse der Psychosen und Persönlichkeitsstörungen“ kommt die Homosexualität nicht mehr vor. Allerdings fehlt auch eine Auseinandersetzung mit der bisher von Kutter vertretenen psychopathologisierenden Theorie. Das Problem Homosexualität wurde sozusagen zum Verschwinden gebracht. Gleichzeitig wird durch die fehlende Auseinandersetzung mit der bisher in diesem Kapitel vertretenen Auffassung der Eindruck erweckt, als ob es für Kutter nie eines gewesen wäre, eine Umgangsweise, die dem Abwehrmechanismus des Ungeschehenmachens gleicht. Die obsoleete und seit ihren Anfängen mit den gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen paktierende Psychopathologisierung der Homosexualität bleibt der psychoanalytischen Lehre gleichwohl erhalten. Abzulesen ist das an dem in die aktuelle Auflage neu aufgenommenen Kapitel „Die psychoanalytische Krankheitslehre bei Kindern und Jugendlichen“ von Alex Holder. In diesem wird die Homosexualität aus der Perspektive von Jugendlichen thematisiert und systematisch und theoretisch in der bis zur vorletzten Auflage des Lochschen Lehrbuchs von Peter Kutter vertretenen Weise abgehandelt. Angesichts solcher Merkwürdigkeiten stellt sich die Frage, warum sich unter den psychologischen Schulen gerade die Psychoanalyse so schwer damit tut, sich von der Psychopathologisierung der Homosexualität zu verabschieden. Neben vielen anderen Gründen hat das auch einen wissenssoziologischen Grund. Die Psychoanalyse verfügt unter den psychologischen Schulen über den ausgefeiltesten Korpus psychopathologisierender Theorien der Homosexualität. An diesen schließen Autoren und Autorinnen, die wenig oder keine Er-

fahrung mit der Behandlung homosexueller Patienten haben, immer wieder an und schreiben mehr oder weniger ungebrochen die schlechte psychoanalytische Tradition „Pathologisierung der Homosexualität“ fort.

EIN FRÜHES SELBSTBILD DER HOMOSEXUELLEN

Weiter oben war beiläufig die Rede von der Homosexualität als einem vielfältig zerstreuten sexuellen Normalphänomen. Das könnte so verstanden werden, als ob es unter den gegenwärtigen Bedingungen keinen Unterschied mehr mache, ob einer homosexuell oder heterosexuell ist. Gewiss wird gegenwärtig in nahezu allen gesellschaftlichen Bereichen zwischen einem erwachsenen heterosexuellen und einem erwachsenen homosexuellen Mann weniger scharf unterschieden als noch vor einigen Jahrzehnten. Die weniger scharfe Akzentuierung der Grenzen zwischen heterosexuellen und homosexuellen Lebensformen, zwischen erwachsenen heterosexuellen und erwachsenen homosexuellen Männern kann jedoch nicht über die unterschiedlichen lebensgeschichtlichen Erfahrungen von jemandem, der homosexuell, und jemandem, der heterosexuell geworden ist, hinwegtäuschen. Gemeint sind damit nicht die selbstverständlichen lebensgeschichtlichen Differenzen, die sich aus den jeweils unterschiedlichen Biographien ableiten lassen, sondern Differenzen, die insofern allgemeiner sind, als sie sich nicht von der Entwicklung zur Homosexualität bzw. Heterosexualität und den stereotypen gesellschaftlichen Reaktionen auf diese ablösen lassen.

Im Folgenden möchte ich den Versuch machen, eine Phase in der Entwicklung des homosexuellen Mannes zu beschreiben, die mit differnten Erfahrungen einhergeht und zu einem konflikthaften Selbsterleben führen kann. Diese Phase ist nicht zuletzt deshalb von zentraler Bedeutung, weil sie das Verhältnis der homosexuellen Männer zu ihrer Sexualität und vermittelt darüber zu sich selbst nachhaltig beeinflusst. Die Vorgänge, die ich darstellen möchte, hängen zwar eng mit der homosexuellen Entwicklung und den gesellschaftlichen Reaktionen auf sie zusammen. Schwierigkeiten, sie als spezifisch für die Entwicklung

homosexueller Männer nachzuvollziehen, dürften sich jedoch dadurch ergeben, dass sie in der lebensgeschichtlichen Phase, in der sie ablaufen, nicht als mit der homosexuellen Entwicklung im Zusammenhang stehend erlebt werden. Das unterscheidet diese Phase der homosexuellen Entwicklung von jener markanten, frühestens in der Pubertät einsetzenden, als Coming-out bezeichneten Entwicklungsphase. Während des Coming-out, so wurde bisher angenommen, wird die Homosexualität zum ersten Mal bewusstseinsfähig und offenbar. Gleichzeitig kommt es während des Coming-out zur ersten Konfrontation der homosexuellen Triebwünsche mit der sozialen Umgebung, in der der Homosexuelle lebt, und zu ersten gezielten Reaktionen dieser sozialen Umgebung auf seine Homosexualität (vgl. Dannecker/Reiche 1974, S. 23ff.). In dieser Phase geht es ferner, wie das Fritz Morgenthaler (1980, S. 359) ausdrückte, um die „direkte Konfrontation der Homosexualität [...] mit dem verinnerlichten Bild der eigenen Person“.

Um einen prägnanten Teil dieses verinnerlichten Bildes, mit dem der homosexuelle Mann ins Coming-out eintritt, und um die Periode der Konturierung dieses inneren Bildes soll es im Folgenden gehen. Dass es entscheidend von diesem Bild abhängt, wie das Coming-out verläuft und erlebt wird, ist daran abzulesen, dass diese Phase der homosexuellen Entwicklung gegenwärtig kaum weniger konflikthaft erlebt wird, als das Anfang der siebziger Jahre der Fall war. Die Vermutung, dass durch die Veränderungen der gesellschaftlichen Stellung des homosexuellen Mannes und die strukturellen gesellschaftlichen Veränderungen der Sexualität diese als identitätsstiftender Faktor ausgedient habe und sich das Coming-out gleichsam auflöse (vgl. Hegener 1992), lässt sich nach meinen klinischen Erfahrungen und nach eigenen, bisher unveröffentlichten empirischen Resultaten nicht bestätigen. Immer noch fällt es den Homosexuellen im Coming-out schwer, ihre Sexualität ohne Konflikte anzunehmen, und das auch dann, wenn sie meinen oder zu wissen glauben, dass ihre signifikanten Anderen (z. B. ihre Eltern) homosexuelle Männer nicht ablehnen.

Eine Vorahnung über die Konturen des Bildes, mit dem in das Coming-out eingetreten wird, und zugleich über die Periode der Internalisierung dieses Bildes vermitteln die Erzählungen homosexueller

Männer über den Anfang ihrer Homosexualität. Sie berichten von lange vor der Pubertät aufgetretenen Schwärmereien für oder gar Verliebtheiten in Männer bzw. ältere oder gleichaltrige Jungen. Und sie erinnern sich häufig an das prägnante Gefühl, „schon immer anders als andere Jungen gewesen zu sein“. Solche Erinnerungen reichen normalerweise bis in die ödipale Phase zurück. Referenz für ihr Gefühl des Andersseins ist das jeweils geläufige Stereotyp von Jungenhaftigkeit. Folglich wird dieses Gefühl an ganz handfesten Differenzen zwischen dem Verhalten gleichaltriger Geschlechtsgenossen und ihrem eigenen Verhalten im Kindes- und frühen Jugendalter festgemacht. Während jene vergnügt mit ihren Vätern oder mit anderen Jungen Fußball spielten, ihrem Vater begeistert bei irgendwelchen im Haus anfallenden Reparaturen halfen, mit anderen Jungen rauften und grob mit diesen umgingen, hielt sich der werdende Homosexuelle aus solchen Aktivitäten möglichst heraus. Diese gleichsam negative Referenz zu den kulturellen Manifestationen von Männlichkeit wird nicht selten von einer positiven Referenz zu den kulturellen Manifestationen von Weiblichkeit ergänzt. Nicht dass der prähomosexuelle Junge unbedingt mit Puppen spielte oder dies wünschte, obwohl auch das gar nicht so selten ist. Lieber als an den als typisch männlich geltenden Aktivitäten hat er sich jedoch an dem, was als typisch weiblich gilt, beteiligt und/oder sich in Weibliches hineinphantasiert.

DAS PROBLEM MIT DER WEIBLICHKEIT

Geschichten solchen oder ähnlichen Inhalts, die, in unterschiedlicher Abstufung, zwischen einer reduzierten Begeisterung für typisch Jungenhaftes bzw. Männliches und einer heftigen Abneigung gegen die mit Männlichkeit verknüpften Aktivitäten oszillieren und die zugleich eine Affinität für mit Weiblichkeit verbundene Tätigkeiten und Phantasien erkennen lassen, sind von homosexuellen Männern so oft zu hören, dass sie als typisch für prähomosexuelle Jungen angesehen werden können. Alan P. Bell, Martin S. Weinberg und Sue K. Hammersmith haben in einer empirischen Studie von homosexuellen und heterose-

xuellen Männern und Frauen die Konformität mit geschlechtsspezifischen Aktivitäten und Wünschen während der Kindheit rekonstruiert. Dabei haben sie den Kindheitsroman der homosexuellen Männer im Wesentlichen wiedergefunden. Ihre Zusammenfassung: „Im Allgemeinen bestätigen unsere Ergebnisse die anderer Untersuchungen, dass nämlich prähomosexuelle Jungen weniger ‚maskulin‘ als präheterosexuelle Jungen sind, zumindest was ihre Selbsteinschätzung anbelangt“ (Bell/Weinberg/Hammersmith 1981, S. 93). Zeigen konnten diese Autoren ferner, dass eine „mangelnde Geschlechtskonformität“ während des Heranwachsens außerordentlich stark mit der Homosexualität des Erwachsenen verknüpft war (ebd., S. 92).

„Mangelnde Geschlechtskonformität“ während der frühen Kindheit scheint demnach bei Jungen den Rang eines Prädiktors der späteren Homosexualität zu haben (vgl. hierzu auch die kulturvergleichenden Studien an homosexuellen Männern von Whitam 1980 sowie Whitam/Zent 1984). In diese Richtung deuten auch die von Richard Green (1987) publizierten Ergebnisse einer Follow-up-Studie von im Kindesalter auffällig femininen Jungen. In dieser Studie von 44 Jungen im Alter zwischen vier und 12 Jahren mit „extensivem cross-gender behavior“ zeigte sich, „dass drei Viertel nach einem Follow-up von 15 Jahren homosexuell oder bisexuell waren. Dagegen war nur einer der 35 Jungen, deren frühes Verhalten konventionell männlich war, später bisexuell“ (Green 1992, S. 53).

Sowohl die Berichte der homosexuellen Männer als auch die zitierten Daten deuten darauf hin, dass die Homosexualität bereits lange vor der Pubertät so weitgehend strukturiert ist, dass sie sich sowohl für den heranwachsenden Homosexuellen als auch für seine soziale Umgebung in einer wahrnehmbaren Differenz manifestiert. Schon am Ende der prä-ödipalen Entwicklung, also im Alter von etwa vier, fünf Jahren, scheint die Homosexualität so weit ausgeformt zu sein, dass von einer Zentrierung der sexuellen Wünsche auf gleichgeschlechtliche Objekte gesprochen werden kann.

Für eine Theorie der Homosexualität hängt vieles, wenn nicht alles davon ab, zu welchem Zeitpunkt in der Entwicklung das mehr oder weniger strukturierte homosexuelle Begehren verankert wird. Die zeit-

liche Verankerung der Homosexualität entscheidet mit darüber, ob diese unter dem Topos von Regression oder Progression verhandelt wird. Wichtiger für unseren Zusammenhang ist jedoch, dass das Subjekt von einem strukturierten sexuellen Begehren situiert wird. Denn das strukturierte sexuelle Begehren determiniert die Position des Subjekts, die es zu Vater und Mutter und vermittelt darüber zu Weiblichkeit und Männlichkeit einnimmt. Letztlich determiniert ein strukturiertes sexuelles Begehren auch die Position des Subjekts in der Kultur. Freilich haben wir es dabei allemal mit einer doppelten Determinierung zu tun.

Zwar lässt sich in psychoanalytischer Perspektive die Strukturierung des sexuellen Begehrens ohne die Einflüsse der Elternfiguren und die Interaktionen der realen Eltern mit dem Kind nicht denken. Aber diese Einflüsse sind nur die eine, in der psychoanalytischen Sexualitäts- und Homosexualitätstheorie allerdings fast ausschließlich verhandelte Seite. Die andere, nicht weniger wichtige Seite der Entwicklung betrifft den Einfluss einer im Kind bereits angelegten Struktur des Begehrens und der mit dieser einhergehenden sexuellen Phantasien und Wünsche auf die Interaktionen mit den Eltern. Von Freud wurde die Positionierung des Subjekts während seiner Entwicklung noch mit unhintergehbaren konstitutionellen Faktoren zusammengedacht. Und seine Annahme einer konstitutionellen Bisexualität hat sowohl seinem Konzept der Homosexualität als auch seiner Fassung des Ödipuskomplexes eine ganz bestimmte Kontur verliehen. Entwicklung wurde bei Freud nicht allein durch Entwicklung vorangetrieben, und es waren folglich auch nicht ausschließlich die Beziehungen des Kindes zu seinen Eltern, aus denen heraus die Struktur eines Subjekts abgeleitet wurde. Die sexuelle Struktur eines Subjekts wurde in der Theorie von Freud immer auch von den der Eltern-Kind-Interaktion vorgängigen konstitutionellen Faktoren beeinflusst.

Wie aber verhält es sich nun mit dem Zeitpunkt der Strukturierung des homosexuellen Begehrens? Oder mit anderen Worten: Wann müssen wir den Anfang der Homosexualität setzen? Reimut Reiche hat sich dazu unlängst klar und dezidiert geäußert. Nach seiner Überzeugung werden der Kern „der Geschlechtsidentität *und* der latente Kern der erst viel später manifest werdenden sexuellen Objektwahl (hetero-

oder homosexuell [...] [...] gleichsinnig, in einem Vorgang, etabliert“ (Reiche 1997, S. 937; Hervorheb. M. D.). Homosexualität und Heterosexualität sind demnach gleich ursprünglich. Eine solche Konzeption der Sexualität verbaut die Möglichkeit, die eine Form (die heterosexuelle) als die primäre und die andere (die homosexuelle) als die sekundäre einzusetzen. Zudem kann, unabhängig davon, wie die Entwicklung im einen oder anderen Fall verläuft, diese nicht anders denn als Entwicklung interpretiert werden. Aufgehoben ist damit die psychoanalytische Paradoxie, die darauf beruht, dass in der Psychoanalyse zwar von „homosexueller Entwicklung“ die Rede ist, diese Entwicklung jedoch vornehmlich unter dem Topos von Regression verhandelt wird.

Obwohl Reiche nicht von einer Strukturierung des homosexuellen Begehrens in der frühesten Phase der Kindheit spricht, lässt er doch keinen Zweifel daran aufkommen, dass die entscheidende Weichenstellung für eine solche Strukturierung des Begehrens in dieser Phase erfolgt: „Das, was erst sehr viel später als manifeste sexuelle Objektwahl zu beobachten ist, hat demnach schon lange davor eine [...] unumkehrbare Entwicklungsrichtung angenommen [...] – und das schon lange vor dem ödipalen Konflikt. Das würde bedeuten, dass das später homosexuell werdende Subjekt ebenso wie das später heterosexuell werdende Subjekt *mit fertiger* (wenn auch noch latenter) *sexueller Objektwahl in den ödipalen Konflikt eintritt*“ (Reiche 1997, S. 941; Hervorheb. M. D.). Auf den ersten Blick scheint in dieser Annahme eine gewisse Widersprüchlichkeit zu stecken. Reiche spricht von dem erst später homosexuell werdenden Subjekt, hält aber die homosexuelle Objektwahl schon vorher für abgeschlossen. Offensichtlich ist von ihm mit dem Homosexuellwerden die bewusste Aneignung der latent, aber fertig im Subjekt liegenden homosexuellen Objektwahl gemeint. Zu voller Blüte kommt die im Subjekt angelegte homosexuelle Objektwahl zum ersten Mal während der ödipalen Situation, die nach einem Wort von Lacan (1994, S. 63) „als eine Art psychologischer Pubertät“ zu verstehen ist. In der ödipalen Situation nimmt die in der frühen Kindheit verortete homosexuelle Objektwahl ihre volle Bedeutung im Sinne eines homosexuellen Begehrens an. Durch die Reifung der Sexualität

und die sich konturierende sexuelle Differenz wird die vorher latente homosexuelle Objektwahl auch mit allen für den homosexuellen Jungen prekären Bedeutungen aufgeladen. Gleichzeitig gibt die homosexuelle Objektwahl die Richtung des sexuellen Begehrens vor: Das ödipale Begehren eines Jungen mit einer in ihm bereitliegenden homosexuellen Objektwahl wird und kann sich nicht auf die Mutter richten. Ein solcher Junge „wählt“ vielmehr den Vater zu seinem Liebesobjekt.

Gestützt wird diese Auffassung vor allem durch Beobachtungen, die Richard A. Isay gemacht hat. In dessen Psychoanalysen und Psychotherapien mit homosexuellen Patienten tauchten bei diesen immer wieder Erinnerungen an frühe, während der ödipalen Phase auftretende homoerotische Phantasien und Wünsche auf. Isay (1990, S. 38) schreibt dazu: „Bei der Arbeit mit [...] homosexuellen Männern wurde mir klar, dass homoerotische Phantasien üblicherweise mindestens ab dem Alter von vier oder fünf Jahren präsent sind.“ Bei prähomosexuellen Jungen verläuft die ödipale Phase, gemessen an den Vorgängen, die den einfachen und positiven Ödipuskomplex kennzeichnen, also insofern invers, „als das primäre Sexualobjekt homosexueller Jungen der Vater ist“ (ebd.).

DAS BEGHEREN DES VATERS

Die Vorstellung, ein Junge begehre seinen Vater und trete in eine ambivalente, rivalisierende Beziehung zu seiner Mutter, ist offenbar so ungeheuerlich, dass in der psychoanalytischen Homosexualitätstheorie davon beharrlich geschwiegen werden muss. Wenn in der Psychoanalyse die Beziehungen der homosexuellen Jungen zu ihren Vätern thematisiert werden, gewinnt man den Eindruck von vollkommen desexualisierten Beziehungen. Und es werden von Psychoanalytikern beträchtliche Anstrengungen unternommen, die vor Sexualität berstenden Erzählungen der homosexuellen Patienten von ihren Vätern in den Wunsch nach Identifizierung mit diesen umzudeuten (vgl. hierzu die Fallberichte der Behandlung homosexueller Männer von Socarides [1971]). Zumeist tauchen die Väter jedoch nur als abwesende auf. Das

hat den unschätzbaren Vorteil, dass sie damit auch als Objekte des homosexuellen Begehrens nicht vorhanden sind. Statt dessen werden beständig die Beziehungen der homosexuellen Männer zu ihren frühen Müttern thematisiert. Diese werden dargestellt, als hätte der homosexuelle Junge, der nie aus der primären Identifikation mit seiner Mutter herausgefunden hat, auch nie jemand anderes als seine Mutter begehrt. Dadurch wird die Mutter des homosexuellen Jungen zu einem geradezu monströsen Objekt, das Ursache und Folge der Homosexualität in einem zu sein scheint.

Im Unterschied zur gegenwärtig vorherrschenden psychoanalytischen Rede über die männliche Homosexualität hat Freud dem homosexuellen Begehren einen weitaus höheren Rang eingeräumt. Ja bei ihm gibt es sogar Ansätze, dem homosexuellen Begehren Autonomie zuzugestehen. Folgenreich war das homosexuelle Begehren nicht zuletzt für seine Konzeption des Ödipuskomplexes. In seiner Schrift *Das Ich und das Es* (1923b) bezeichnete Freud den einfachen und positiven Ödipuskomplex, nach dem der Knabe die Mutter begehrt, als eine ungerechtfertigte Vereinfachung und Schematisierung, und er hielt diesen auch nicht für den häufigsten. Und er deckte einen Ödipuskomplex auf, den er als den vollständigeren bezeichnete und durch Kursivierung ausdrücklich hervorhob. Dieser vollständiger Ödipuskomplex ist ein zweifacher, „ein positiver und ein negativer, [...] d. h. der Knabe hat nicht nur eine ambivalente Einstellung zum Vater und eine zärtliche Objektwahl für die Mutter, sondern er benimmt sich auch gleichzeitig wie ein Mädchen, er zeigt die zärtliche feminine Einstellung zum Vater und die ihr entsprechende eifersüchtig-feindselige gegen die Mutter“ (ebd., S. 261). Offen bleibt, ob diese Erweiterung des Ödipuskomplexes stärker von der klinischen Erfahrung Freuds oder von dem von ihm nie aufgegebenen Konzept der ursprünglichen Bisexualität angestoßen wurde. Wahrscheinlicher ist letzteres. Denn zur Absicherung des von ihm behaupteten häufigen Auftretens dieses positiv-negativen Ödipuskomplexes greift Freud ausschließlich auf die ursprüngliche Bisexualität zurück. Diese, genau gesagt: die in ihr enthaltene homosexuelle Seite formuliert gleichsam den homosexuellen Wunsch des Knaben an den Vater. Das hat allerdings eine bemerkenswerte Konsequenz. Der Preis,

den der homosexuell begehrende Knabe bezahlen muss, ist seine teilweise Verweiblichung. Im negativen Ödipuskomplex benimmt sich, wie wir gesehen haben, der Knabe „wie ein Mädchen, er zeigt die zärtliche feminine Einstellung zum Vater“.

Auf dem schwankenden Boden des durch die Bisexualität in Gang gesetzten doppelten Ödipuskomplexes ist das nicht weiter problematisch. Im Gegenteil, ein solcher Ödipuskomplex brächte wegen der mit ihm einhergehenden doppelten Liebe und Identifizierung einen heterosexuellen Mann hervor, der nicht nur „männlich“, sondern auch „weiblich“ ist. Ist der Ödipuskomplex aber „einfach“ und „negativ“, ist die mit der Behauptung, dass dann „der Vater in femininer Einstellung zum Objekte genommen wird, von dem die direkten Sexualtriebe ihre Befriedigung erwarten“ (Freud 1921c, S. 116), implizierte Gleichsetzung des homosexuellen Begehrens mit einer femininen, das heißt passiven Position allerdings sehr viel prekärer. Das vor allem dann, wenn, wie das der Fall war und ist, der homosexuelle Mann in diese Position gerückt und aus ihr die Struktur der männlichen Homosexualität abgeleitet wird. Zwar sind die Kenntnisse, die wir über die ödipalen Wünsche homosexueller Jungen haben, noch recht dürftig (Isay 1990, S. 38). Es gibt aber keinen plausiblen psychologischen Grund anzunehmen, ein homosexueller Junge, der die phallische Phase durchlaufen hat, hätte seinem Vater gegenüber nur passive Wünsche.

Die Anerkennung des homosexuellen Begehrens durch Freud war daran gebunden, dass dieses sich dem Vater, von dem die Sexualtriebe ihre Befriedigung erwarten, unterwirft. Mit dieser Gleichsetzung des homosexuellen Begehrens mit Passivität, letztlich mit Weiblichkeit, ist dann auch der polare Gegensatz von Mann und Frau, an dem der homosexuelle Wunsch kurz gerüttelt hat, wieder in Kraft gesetzt. Gezähmt ist damit zugleich die Homosexualitätsangst des heterosexuellen Mannes, die in ihrem Kern darin besteht, von einem Mann verführt und anal koitiert zu werden.

Gleichwohl scheint die ödipale Positionierung des prähomosexuellen Jungen einen *Feminitätsschub* in Gang zu setzen. Dieser sollte jedoch nicht als eine Unterwerfung unter den Vater oder gar als eine vollständige Feminisierung des prähomosexuellen Jungen verstanden

werden. Mit dem in der ödipalen Phase in Gang gesetzten Feminitätsschub ist gemeint, dass der den Vater begehrende Junge versuchen wird, die Liebe seines Vaters zu erringen, indem er sich in manchen Zügen oder Eigenschaften der Mutter angleicht. Andere Möglichkeiten, als durch die teilweise Übernahme femininer Elemente vom Vater die ersehnte Antwort auf sein erotisches Verlangen zu erhalten, sind ihm verschlossen, weil der Vater ja keine Männer begehrt bzw. das durch die Verführungsversuche seines Sohnes wach gewordene gleichgeschlechtliche Verlangen abwehrt und an diesem bekämpft. Bei homosexuellen Jungen verfestigt sich die auch bei heterosexuellen Jungen auftretende zärtlich-feminine Einstellung zum Vater zu einer mehr oder weniger offensichtlichen, für seine Umgebung jedenfalls wahrnehmbaren Haltung. Auf die persistierenden, sich auf den Vater richtenden erotischen Phantasien und die zu ihrer Akzentuierung eingesetzten Elemente von Weiblichkeit reagiert selbstverständlich die engere und weitere soziale Umgebung. Diese Reaktionen und seine bewusstseinsfähigen gleichgeschlechtlichen erotischen Phantasien konturieren und verfestigen dann in dem heranwachsenden homosexuellen Jungen das Gefühl, anders als andere Jungen zu sein.

Der aus der ödipalen Position des prähomosexuellen Jungen resultierende Feminitätsschub ist freilich kein Zeichen einer Psychopathologie. Dieser Feminitätsschub gehört, so paradox sich das für ein heterosexualitätszentrisches Denken auch anhören mag, vielmehr zur *normalen homosexuellen Entwicklung*. Auch gerät durch dieses Moment der Feminität die Grundüberzeugung des homosexuellen Jungen, dem männlichen Geschlecht anzugehören, nicht wirklich ins Wanken. Die Gewissheit, männlich zu sein, bleibt ihm erhalten. Auch wenn ihn das Gefühl, anders als andere Jungen zu sein, vorübergehend verwirrt, werden der eigene Körper und das eigene Geschlecht auch in dieser Phase grundsätzlich bejaht. Und wenn der homosexuelle Junge in dieser Phase ein Kleidungsstück seiner Mutter anzieht, phantasiert er nicht, eine Frau zu sein, und er fühlt sich auch nicht im falschen Körper. Er möchte vielmehr den Vater in weiblicher Aufmachung als Junge verführen. Richard C. Friedman, der in seiner über weite Strecken bemerkenswerten psychoanalytischen Monographie von 1988 (Friedman 1993) die

geläufige Pathologisierung der Homosexualität und deren Legitimation Schritt für Schritt abträgt, stolpert über das auch bei ihm zentral stehende Phänomen der Feminität prähomosexueller Jungen doch wieder in die Pathologisierung der homosexuellen Männer hinein. Dazu schreibt er die frühe Feminität der heranwachsenden homosexuellen Jungen zu „Unmännlichkeit“ um und interpretiert damit die andere Legierung von Weiblichkeit und Männlichkeit im Homosexuellen und zugleich die Janusköpfigkeit der Homosexualität hinweg. In einem weiteren Schritt wird dann die so zur „Unmännlichkeit“ gewordene Feminität zu einer Störung der Geschlechtsidentität umkonstruiert. Dazu beruft sich Friedman unter anderem auf die Studien von Bell et al. (1981) und von Whitam und Zent (1984), in denen die vergleichsweise stärkere Feminität der heranwachsenden Homosexuellen zwar thematisiert, aber ausdrücklich nicht in einen psychopathologischen Zusammenhang gestellt wird. Auf diese Weise hat Friedman die Voraussetzungen für seinen psychopathologischen Kurzschluss geschaffen: „Dieser Kindheitsfaktor [die bei ihm Störung der Geschlechtsidentität genannte frühe Feminität] scheint mit der Homosexualität an sich verbunden zu sein und findet sich bei allen psychopathologischen Formkreisen und auch bei Männern, die psychopathologisch unauffällig sind. Ich glaube, dass dies der einzige Zusammenhang zwischen Psychopathologie und Homosexualität ist, der als erwiesene Tatsache betrachtet werden kann“ (Friedman 1994, S. 41).

Die von mir unter dem Begriff Feminitätsschub zusammengefassten Vorgänge während der ödipalen Phase müssen sich aber keineswegs in einer auffälligen Feminität oder, mit anderen Worten, in einer frühen Tuntigkeit, für die die Bezeichnung „Unmännlichkeit“ vielleicht zuträfe, niederschlagen. Man muss sich das Resultat dieses Vorgangs eher als Integration weiblicher Anteile in eine ungestörte Männlichkeit vorstellen. Die während der ödipalen Phase integrierten weiblichen Einsprengsel persistieren auch bei erwachsenen homosexuellen Männern, ohne dass die Mehrzahl von ihnen als unmännlich imponiert. Rekonstruiert man die Lebensgeschichte homosexueller Männer jedoch sorgfältig, dann wird hinter einer prima vista männlichen Erscheinungsweise eine Aura von Männlichkeit offenbar, in die Weibliches einge-

geschlossen ist. Dass von der während der Kindheit und frühen Jugend deutlicheren Femität bei den meisten erwachsenen homosexuellen Männern kaum mehr etwas wahrnehmbar ist, hat nicht zuletzt damit zu tun, dass sie sich von solchen Elementen defensiv distanzieren und sich regelrecht abtrainieren, was sie selbst an ihrem Gestus für feminin halten. Sie treiben sich damit aus, was dem Vater auf einer früheren Entwicklungsstufe auszutreiben nicht gelungen ist. Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen simplen Anpassungsvorgang, mit dem die Homosexualität verborgen werden soll. Erwachsene homosexuelle Männer versuchen ihre weiblichen Elemente auch zum Verschwinden zu bringen, um sich vor der Wiederholung der Verletzungen zu schützen, die ihnen vordem im Namen einer Kultur angetan wurden, der Weiblichkeit als medioker und gefährlich gilt, besonders dann, wenn sie sich beim Manne zeigt (vgl. Düring 1994, S. 197ff.).

DIE RIVALITÄT MIT DER MUTTER

Von dem, was bisher über die ödipale Positionierung des homosexuellen Jungen gesagt wurde, fällt, sofern man das Gesagte nicht für völlig unsinnig hält, ein Schatten auf die angeblich so harmonischen und ambivalenzfreien Beziehungen der homosexuellen Söhne zu ihren Müttern. Schildern homosexuelle Männer ihre Beziehungen zu ihren Müttern, ist von Rivalität und Ambivalenz tatsächlich wenig zu hören. Solche Gefühle scheinen ihnen kaum bewusst zu sein. Thematisiert werden die ambivalenten Gefühle, die homosexuelle Männer ihren Müttern gegenüber haben, gleichwohl auf den unterschiedlichsten Bühnen, in der Literatur, im Film und nicht zuletzt in der Mode. Auf einer dieser Bühnen, auf der die Rivalität des homosexuellen Mannes mit seiner Mutter dargestellt wird, geht es vergleichsweise unmittelbar, derb und trivial zu. Die Rede ist von der in der homosexuellen Subkultur verbreiteten und nicht aus der Mode kommenden Travestie. Betrachtet man das dort Dargestellte aus dem Blickwinkel der ödipalen Konflikte des homosexuellen Jungen, erschließt sich auch die Begeisterung, die Darsteller und Zuschauer über die formal zumeist kläglichen

Inszenierungen mit ihren endlosen Wiederholungen empfinden. Die Begeisterung gilt der latenten Szene, und diese hat die Rivalität mit der Mutter und zugleich ihre triumphierende Verleugnung zum Inhalt. Anwesend ist während der Travestie aber auch der szenisch immer abwesende Vater: Dieser, der von dem homosexuellen Begehren seines Sohnes nichts wissen und fühlen will, wird mit dem Fummel gleichsam geblendet.

Was in der Travestie in Szene gesetzt wird, ist der ödipale Konflikt des homosexuellen Jungen und die diesen Konflikt begleitenden Phantasien. Vergegenwärtigen kann man sich diesen Konflikt etwa so: Die Mutter, so stellt der auf sie eifersüchtige ödipale homosexuelle Junge fest, hat einen privilegierten Zugang zum Vater. Was ist an ihr eigentlich Besonderes? Sie besitzt ja nicht einmal einen Phallus! Um Zugang zum Vater zu bekommen, muss ich offensichtlich meinen Phallus verbergen. Am besten wäre es wohl, ich würde mich in Frauenkleider stecken. In dieser Verkleidung könnte ich den Vater vielleicht täuschen und ihn, nachdem ich die Kleider der Mutter abgelegt habe, aufs Kreuz legen. Gewöhnlich wird die Travestie homosexueller Männer als Darstellung und phantasierte Überwindung ihrer Kastrationsängste interpretiert. Eine solche einseitige Lesart ist aber zu heterosexualitätszentrisch. Deshalb möchte ich ihr eine exzentrische Lesart entgegensetzen. In der homosexuellen Travestie wird die der Weiblichkeit zugeschriebene Anziehungsmacht gegenüber Männern und das ausschließliche sexuelle Interesse der Männer für Frauen ins Lächerliche gezogen und zugleich die Macht des homosexuellen Begehrens vorgeführt. Es reicht, so wird demonstriert, wenn sich ein Mann als Frau maskiert, um das Geschlechterverhältnis zum Tanzen zu bringen. Seht her, auf so einfache Weise ist aus den Männern (die stellvertretend für den ödipalen Vater stehen) Begehren hervorzulocken. Wobei das auf diese Weise hervorgelockte Begehren in illusionärer Verkennung interpretiert wird, als ob der heterosexuelle Mann (der Vater) sexuelles Verlangen nach einem homosexuellen Mann (dem den Vater begehrenden homosexuellen Jungen) hätte.

Auch hinter auf den ersten Blick so unverdächtigen „häuslichen Verrichtungen“, welche homosexuelle Jungen oft übernehmen, steckt

mehr als der Ausdruck der sekundären Identifizierung mit der Mutter. Sie enthalten auch ein gerüttelt Maß an unerkannter und unbewusster Rivalität mit ihr.

Besonders prägnant wird dies an der lebensgeschichtlichen Vignette eines homosexuellen Mannes. Dieser, der die Beziehung zu seiner Mutter als liebevoll und gut und die zu seinem Vater als gespannt und schlecht bezeichnete, begab sich auf dem Höhepunkt seiner Pubertät an seinem Heimatort zu einer Lebensmittelpromotion. Im Saal befanden sich fast ausschließlich Frauen. Die wenigen Männer, die anwesend waren, begleiteten offensichtlich ihre Ehefrauen. Im Verlauf der Promotionsveranstaltung wurden drei Personen aus dem Saal gebeten, auf die Bühne zu kommen, um jeweils einen Kuchen zu backen. An diesen Kuchen sollte dann die Wirkung eines bestimmten Backmittels demonstriert werden. Ohne auch nur eine Sekunde zu zögern, meldete sich der damals seiner Homosexualität sich noch gar nicht bewusste Junge. Da er von niemandem abgehalten wurde, fand er sich also gemeinsam mit zwei Frauen auf der Bühne wieder. Alle drei bereiteten nun unter Anweisung der Propagandistin einen Kuchenteig. Der aus dem von dem Jungen zubereiteten Teig gebackene Kuchen stellte sich, nach allgemeiner Ansicht, als der schönste heraus. Das verschaffte ihm ein tiefes Gefühl der Befriedigung, an das er sich auch noch nach Jahren erinnerte. Die in dieser Szene zum Ausdruck kommende Rivalität mit seiner Mutter hat der Junge damals selbstverständlich weder verstanden noch gespürt. Diese Bedeutung hat sich ihm erst sehr viel später erschlossen.

SOZIALE REAKTIONEN AUF DEN FEMINITÄTSSCHUB DER PRÄHOMOSEXUELLEN JUNGEN

In dem Moment, in dem der prähomosexuelle Junge und seine soziale Umgebung sein Anderssein wahrnehmen, ist einer der kritischen Punkte der homosexuellen Entwicklung erreicht. Vom Verlauf dieser Station seiner Entwicklung hängt das spätere Verhältnis des homosexuellen Mannes zu seiner Homosexualität entscheidend ab. Reagieren die Vä-

ter und mit ihnen all die anderen, die unter der Herrschaft der patriarchalen Kultur stehen, auf das als ein Stück Weiblichkeit erscheinende frühe Zeichen der Homosexualität mit Geringschätzung, Erniedrigung und Verspottung, wird es dem Homosexuellen im Coming-out und auch später noch schwer fallen, seine Homosexualität ohne größere Konflikte anzunehmen und als einen wertvollen Teil von sich zu betrachten. Solche Reaktionen erschweren überdies ganz allgemein die Ausbildung eines guten Selbstwertgefühls.

Reagieren die Väter auf das in der ödipalen Phase auftretende homoerotische Verlangen und den mit diesem gepaarten Schuss Feminität mit offener Feindseligkeit und Aggressivität, was so selten nicht ist, kann es zu psychischen Störungen kommen, die dem Erscheinungsbild einer traumatischen Neurose gleichen. Eine Forschungsgruppe des Frankfurter Freud-Instituts hat in einer psychoanalytischen Gruppentherapie mit HIV-infizierten homosexuellen Männern bei der Mehrheit der Patienten den Eindruck einer frühen Traumatisierung gewonnen. Überdies wurde von ihr biographisches Material für „sexuellen und/oder aggressiv-sadistischen Missbrauch von Seiten ihrer Väter“ zutage gefördert (Ohlmeier 1995, S. 146). Dabei standen „außerordentlich negative Vaterbeziehungen im Vordergrund, in denen man in der frühen Entwicklung vor massiven destruktiven Erfahrungen nicht geschützt werden konnte“ (Barde 1995, S. 182). In dem Bericht der Forschungsgruppe wird zwar nichts darüber gesagt, zu welchem Zeitpunkt der frühen Entwicklung die aggressiv-sadistischen und sexuellen Attacken der Väter stattfanden, die teilweise mit einer „Zerstörung der Kapazität zur Errichtung von Objektbeziehungen“ (Ohlmeier 1995, S. 146) einhergingen. Es scheint mir jedoch außerordentlich wahrscheinlich zu sein, dass sie mit der sich ausfaltenden Homosexualität im Zusammenhang standen, also eine Reaktion der Väter auf die Wahrnehmung des in einem Schuss Feminität sich niederschlagenden Andersseins ihrer Söhne waren.

Dass die Fähigkeit zur Errichtung von Objektbeziehungen im Allgemeinen und zum Eingehen von Liebesbeziehungen im Besonderen durch aggressiv-sadistische Reaktionen des ersten Liebesobjektes zerstört oder nachhaltig beeinträchtigt werden kann, ist unmittelbar

einleuchtend. Die vielzitierten Schwierigkeiten homosexueller Männer, stabile Liebesbeziehungen einzugehen, müssen dann auch zusammengefasst werden mit möglichen Traumatisierungen durch inadäquate und nicht selten brutale Reaktionen der Objekte ihrer ersten Liebesversuche, also ihrer Väter.

Zwar sind gewaltsame Reaktionen nicht die Regel, mit denen Väter ihre Söhne zur männlichen Raison bringen möchten und diese manchmal buchstäblich in sie hineinzuprügeln versuchen. Heranwachsende Homosexuelle finden aber nur in Ausnahmefällen familiäre Bedingungen vor, die es ihnen ermöglichen, aus der Homosexualität ein positives Bild zu formen. Die wohl am weitesten verbreitete Umgangsweise mit den frühen Manifestationen der Homosexualität und den Spannungen, die aus den weder vom Sohn noch vom Vater so recht verstandenen Wünschen und Eigenarten entstehen, besteht darin, dass sich beide voneinander distanzieren.

Selbstverständlich reagieren aber nicht nur Väter, sondern auch Mütter auf feminine Elemente an ihren Söhnen. Und auch die Integration der Weiblichkeit in die Psyche des homosexuellen Jungen ist von dem Bild, das seine Mutter von ihrer Weiblichkeit hat, sowie von ihrer Position in der Familie nicht unbeeinflusst. Angriffe auf die „Unmännlichkeit“ des prähomosexuellen Jungen gehen jedoch in der Regel von den Vätern aus. Abzulesen ist das auch daran, dass dann, wenn ein erwachsener Homosexueller unbewusste Straftaten wegen seiner Homosexualität projektiv abwehrt, immer heterosexuelle Männer als Exekutoren der Strafphantasien in Erscheinung treten. Die Reaktionen der Mütter auf die frühen Manifestationen der Homosexualität sind nicht zuletzt deshalb vergleichsweise gemäßigter, weil sie im Falle der sich ausfaltenden Homosexualität weniger stark in die ödipalen Vorgänge verstrickt sind als die Väter. Auf die wahrgenommenen femininen Einsprengsel und die in einer aufgeklärten Welt dadurch nicht selten evozierte Vorahnung der Homosexualität antworten Mütter zumeist mit großer und anhaltender Besorgnis, aber nur selten mit offener Feindseligkeit.

In der freundlicheren Reaktion der Mütter auf die sich ausfaltende Homosexualität liegt einer der realen Gründe für die von homosexuellen Männern oft als besonders eng und liebevoll geschilderten Be-

ziehungen zu ihnen. Ihr Liebesgefühl für ihre Mütter enthält ein hohes Maß an Dankbarkeit dafür, dass ihre Mütter sowohl auf die frühen Repräsentationen ihres homosexuellen Begehrens in der Kindheit als auch später auf die manifeste Homosexualität verständnisvoller reagiert haben als ihre Väter. Mutterliebe und Vaterliebe sind indes komplementäre Gefühle, die im besten Fall austariert sind. Wenn ein homosexueller Mann das Gefühl hat, sich mit seiner Mutter besonders gut zu verstehen, verweist das immer auf die Beziehung zu seinem Vater, die sich bei genauerer Betrachtung als schlecht, zumindest als schlechter als die Beziehung zu seiner Mutter erweisen wird.

Eine der wenigen empirischen Studien, welche die Beziehungen der homosexuellen Männer zu ihren Müttern und Vätern untersucht und diese mit den entsprechenden Beziehungen der heterosexuellen Männer verglichen hat, zeigt, wie differenziert man die Verhältnisse betrachten muss, um nicht in die allseits bereitliegenden Fallen des Klischees zu geraten. „Im Allgemeinen“, so fassen die Autoren ihre Resultate über die Identifikation mit der Mutter zusammen, „stützen unsere Ergebnisse die Behauptung, homosexuelle Männer würden sich stärker mit ihren Müttern identifizieren als heterosexuelle, nicht: Die homosexuellen Männer unterscheiden sich nicht signifikant von den heterosexuellen, weder darin, wie ähnlich sie sich ihren Müttern in Kindheit und Adoleszenz fühlten, noch darin, wie sehr sie sich wünschten, der Mutter zu gleichen“ (Belt et al. 1980, S. 60). Also keine stärkere Identifizierung des homosexuellen Mannes mit seiner Mutter, zumindest nicht beim ersten Hinsehen.

Aus einer klinischen Perspektive könnte gegen eine solche empirische Studie eingewendet werden, sie sei kein geeignetes Mittel zur Untersuchung von Identifizierungen. Dieser Einwand ist nicht einfach von der Hand zu weisen. Erhoben wird er aber vor allem dann, wenn man aufgrund klinischer Erfahrungen die Erwartung ausgebildet hat, homosexuelle Männer wären generell so, wie sie sich als Patienten zeigen. Bevor die klinische Erfahrung mit ihr nicht kongruente empirische Ergebnisse abschmettert, muss sie sich zuerst die Frage vorlegen, ob sie die Homosexualität nicht nach dem Muster des polaren Gegensatzes zwischen Mann und Frau umgeschrieben hat. Es könnte also durchaus

sein, dass die Theorie gewordene klinische Erfahrung homosexuelle Männer wegen einiger als feminin imponierender Eigenschaften als stark mit ihren Müttern identifiziert einschätzt, obgleich das Feminine an ihnen eine ganz andere Bedeutung hat. Dieser Einwand wird triftig durch die empirischen Resultate, die Bell und seine Kollegen zur Identifikation mit dem Vater vorgelegt haben. Diese bestätigen sowohl die klinischen Erfahrungen als auch die Rekonstruktion der Lebensgeschichte homosexueller Männer: „Die homosexuellen Männer in unserer Untersuchung identifizieren sich weniger mit ihren Vätern als die heterosexuellen. [...] Auch sagten mehr homosexuelle Männer, sie fühlten sich ihren Müttern ähnlicher als ihren Vätern“ (ebd., S. 70 f.).

Nimmt man diese empirischen Ergebnisse als Ausdruck geronnener Lebensgeschichte, dann lassen sie sich folgendermaßen übersetzen: Der Roman, den homosexuelle Männer über die Liebe zu ihrer Mutter erzählen, unterscheidet sich kaum von den Erzählungen der heterosexuellen, solange sie diesen nicht in Beziehung zu der problematischen Liebe zu ihren Vätern setzen. Bringen die homosexuellen Männer ihre Beziehungsgeschichte mit ihren Müttern aber in einen Zusammenhang mit der Beziehungsgeschichte zu ihren Vätern, verändert sich sowohl das Bild, das sie von sich selbst haben, als auch das Bild der Mutter schlagartig. Das erklärt auch die auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinenden empirischen Befunde, nach denen sich die homosexuellen Männer nicht stärker mit ihren Müttern identifizieren als heterosexuelle, sich aber dann, wenn sie die Beziehung zu ihren Vätern und zu ihren Müttern *vergleichen*, den Müttern ähnlicher fühlen als den Vätern. In diesem durch das gleichzeitige In-Beziehung-Setzen zu Vater und Mutter erzeugten Umschlag drückt sich aber nur auf andere Weise das Leitmotiv des Romans aus, den die homosexuellen Männer über ihre Väter erzählen. Ihre Beziehungen zu ihren Vätern scheinen nach diesen Erzählungen aus einem ununterbrochenen wechselseitigen Missverständnis zu bestehen. Häufig berichten sie auch von offen abweisenden und aggressiven Vätern. Unter solchen, gar nicht so seltenen Voraussetzungen „verweigert“ der Junge die Identifikation mit seinem Vater, was sich in der bewusstseinsfähigen Vorstellung niederschlägt, auf keinen Fall so wie der Vater werden zu wollen. Wo eine solche Vorstellung auftritt, geht sie

immer auf einen realen Vater zurück, der seinen homosexuellen Sohn seit den ersten Repräsentationen seines spezifischen Begehrens ablehnte und bekämpfte; sie ist keine intrinsische Eigenschaft der Homosexualität und auch nicht die notwendige Folge der vom homosexuellen Begehren in Gang gesetzten ödipalen Positionierung. Das gilt gleichermaßen für die stärkere Identifizierung des homosexuellen Jungen mit der Mutter. Ein Vater, der seinen homosexuellen Sohn bekämpft, treibt diesen geradezu in eine Identifizierung mit der Mutter hinein. Dadurch kann sich eine Liebe zur Mutter aufbauen, die zeitweise oder dauerhaft zu einem Gefängnis homosexueller Männlichkeit wird.

DER ZWEIHEITIGE AUFBAU DES HOMOSEXUELLEN KONFLIKTS

In unserer Kultur geht die homosexuelle Entwicklung nach wie vor üblicherweise mit einem zweizeitigen Aufbau von Konflikten einher. Der erste Konflikt baut sich dadurch auf, dass heranwachsende Homosexuelle nach der Manifestation ihres Andersseins in der ödipalen Phase und danach nicht nur von ihren Peers marginalisiert werden, sondern sich auch emotional aus ihren Herkunftsfamilien ausgeschlossen fühlen. Dadurch geraten sie in einer radikalen Weise in eine Vereinzelung, die andauert, bis sie als halbwegs Erwachsene Beziehungen zu anderen Homosexuellen finden, mit denen sie sich identifizieren können. Über lange Phasen ihrer Entwicklung befinden sich heranwachsende Homosexuelle also in einer Situation, in der sie nicht nur Fremde in der außerfamiliären Kultur, sondern auch Außenseiter innerhalb ihrer Familien sind. Während der Pubertät, in der die Homosexualität sich prägnanter zeigt und unabweisbar ins Bewusstsein drängt, wiederholen sich in verdichteter Weise die schon vorher stattgehabten Auseinandersetzungen und Konflikte mit Familie und Umwelt. Der Konflikt nimmt auf dieser zweiten, Coming-out genannten Stufe jedoch dadurch eine andere Qualität an, dass der jugendliche Homosexuelle durch das negativ konnotierte verinnerlichte Bild der eigenen Homosexualität zusätzlichen Angriffen von innen ausgesetzt ist. Ist das internalisierte Selbstbild stark negativ eingefärbt, können schon vergleichs-

weise milde antihomosexuelle Reaktionen schwere psychische Konflikte auslösen.

Dass es den meisten Homosexuellen trotz der spezifischen Probleme, mit denen sie während der ödipalen Phase und später konfrontiert werden, und den daraus erwachsenden Konflikten während des Coming-out schließlich doch gelingt, ihre Homosexualität anzunehmen und ohne schwere Beeinträchtigungen ihrer Persönlichkeit zu leben, spricht deutlich gegen die von einigen Psychoanalytikern vertretene Gleichsetzung der Homosexualität mit einer schweren narzisstischen Störung. Mit einer so gravierenden prä-ödipalen Störung wären das spezifische ödipale Drama und die mit ihm verbundenen Zurückweisungen und Beschämungen nicht in der Weise zu integrieren, wie das den homosexuellen Männern im Allgemeinen gelingt. Ihre durchschnittliche Fähigkeit, mit all den im Zusammenhang mit der Ausfaltung ihrer Homosexualität stehenden Konflikten fertig zu werden, spricht eher dafür, dass ihre prä-ödipale Entwicklung relativ günstig verlaufen ist und sie infolgedessen über ein stabiles Kernselbst verfügen, das es ihnen ermöglicht, den durch die Zurückweisungen des Homosexuellen entstandenen Bruch im Selbstwertgefühl zu überbrücken und relativ ungestört zu leben.

KONSEQUENZEN FÜR BERATUNG UND PSYCHOTHERAPIE

Wegen der anhaltenden gesellschaftlichen Sanktionierung der beschriebenen frühen Manifestationen der Homosexualität fällt es den meisten homosexuellen Jugendlichen schwer, ihre in der Pubertät endgültig bewusst werdende homosexuelle Objektwahl ohne Zögern anzunehmen. In aller Regel entwickelt sich mit der bewussten Aneignung des gleichgeschlechtlichen Sexualobjektes in der Pubertät eine unterschiedlich lang andauernde Phase der Intoleranz gegenüber der Homosexualität. Diese passagere Intoleranz gegenüber der Homosexualität macht dann auch den Kernkonflikt des Coming-out aus. Das Wissen um diesen weit verbreiteten Konflikt hat die Schwulenbewegung dazu veranlasst, Coming-out-Gruppen genannte Selbsthilfegruppen einzurichten. In

diesen Gruppen ermutigen sich die Mitglieder gegenseitig, zu dem zu stehen, was sie sind. Darüber hinaus werden aber auch die frühen Beschämungen und Zurückweisungen thematisiert und bearbeitet, wodurch sich die Intoleranz gegenüber der Homosexualität zumindest lockert, unter günstigen Bedingungen auch ganz auflöst. Bewerkstelligt wird das vor allem durch die in diesen Gruppen vorherrschende positive Anerkennung der Homosexualität, die sich über die gegenseitige Erotisierung der Gruppenmitglieder entfaltet. Wenn nicht schwere neurotische Störungen dem entgegenstehen, sollten jüngere Homosexuelle, die wegen Konflikten mit ihrer Sexualität um psychotherapeutische Hilfe oder um Beratung nachsuchen, an die von den homosexuellen Netzwerken angebotenen Selbsthilfegruppen verwiesen werden.

Schwer wiegende krisenhafte Entwicklungen von homosexuellen Männern, zu deren Therapie eine Psychotherapie oder Psychoanalyse angezeigt ist, sollten nur von einem Psychotherapeuten oder Psychoanalytiker behandelt werden, der davon überzeugt ist, dass der Homosexuelle „eine ebenso berechtigte und ernst zu nehmende psychosexuelle Entwicklung durchgemacht hat wie er selbst“ (Morgenthaler 1980, S. 365). Grundvoraussetzung der Behandlung von Homosexuellen ist der Bruch mit jener von der orthodoxen Psychoanalyse aufgestellten Regel, der zufolge das Ziel der Behandlung erst erreicht ist, wenn die homosexuelle Objektwahl einer heterosexuellen Orientierung Platz gemacht hat. Therapeuten, die auch nur in etwa der Überzeugung sind, hinter der manifesten Homosexualität verberge sich eine latente Heterosexualität, der um des Glückes des Patienten willen gleichsam zur Geburt verholfen werden müsse, sind für die Behandlung von Homosexuellen ungeeignet. Eine solche Haltung verwirrt den homosexuellen Patienten zutiefst, weil er sich in einem wichtigen Teil seiner selbst nicht angenommen fühlt, und schadet ihm letztlich. Eine solche Einstellung des Therapeuten entspricht im Übrigen exakt derjenigen, die von den Vätern der Homosexuellen eingenommen wurde. Wenn aber „die aktuellen Erfahrungen in der analytischen Beziehung gewissermaßen deckungsgleich sind mit den Erfahrungen in der früheren infantilen Entwicklungsgeschichte“ (Barde 1995, S. 183), dann führt das zu einer Retraumatisierung des homosexuellen Patienten durch die Behandlung.

Aber auch dann, wenn die genannte Grundvoraussetzung gegeben ist, die sich in der Überzeugung ausdrückt, dass man auch als Homosexueller ein halbwegs glückliches Leben mit differenzierten und stabilen Liebesbeziehungen führen kann, ist die Behandlung von homosexuellen Patienten nicht einfach. Weder die Welt der Homosexuellen, aus der die Patienten zum Teil forciert berichten, um ihre Therapeuten auf die Probe zu stellen, noch die Erfahrung der homosexuellen Patienten entspricht dem, was Heterosexuellen geläufig ist. Durch die Konfrontation mit einer ihnen fremden Welt geraten insbesondere die stillschweigend vorausgesetzten Normalitätsvorstellungen der Therapeuten ins Wanken, worauf oft mit vorschnellen Bewertungen des noch gar nicht Verstandenen geantwortet wird. Besonders bei den ersten homosexuellen Patienten taucht in Therapeuten vielfach eine Neigung auf, die derjenigen der Ethnologen des 19. Jahrhunderts gleicht, die, um ihre Verwirrung über die in den von ihnen aufgesuchten Kulturen herrschenden Normalitätsvorstellungen in Grenzen zu halten, diese nach den Maßstäben ihrer Herkunftskulturen interpretierten und dadurch abwerteten. Hinzu kommt, dass die therapeutische Beziehung, vor allem dann, wenn sie gleichgeschlechtlich ist, durch die Übertragung offener homosexueller Anteile in eine schwierige Situation geraten kann. Denn es macht selbstverständlich einen Unterschied für das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, ob homosexuelle Übertragungspänomene in der Behandlung von manifest heterosexuellen Patienten oder manifest homosexuellen Patienten auftauchen. Homosexuelle Übertragungsepisoden von manifest heterosexuellen Patienten sind für Therapeuten deshalb weniger bedrohlich, weil sie von einer weitaus geringeren offenen Erotisierung begleitet sind.

Es ist, um es kurz zu sagen, für heterosexuelle Psychotherapeuten nicht einfach, ihre homosexuellen Patienten zu verstehen und ihnen jene Sicherheit zu bieten, in deren Schutz neue Erfahrungen gemacht und die negativen Selbstbilder der Patienten aufgelöst werden können. Gleichwohl halte ich die Auffassung, homosexuelle Patienten sollten, eine gleich gute Ausbildung vorausgesetzt, nur von homosexuellen Therapeuten behandelt werden, nicht für produktiv. Eine solche Lösung wäre auch nicht praktikabel, weil es an gut ausgebildeten ho-

mosexuellen Psychotherapeuten mangelt und weil es, wegen der skandalösen Ausgrenzung von offen Homosexuellen aus der psychoanalytischen Ausbildung, homosexuelle Psychoanalytiker eigentlich gar nicht geben kann (vgl. Rauchfleisch 1994). Überdies würde durch eine solche therapeutische Separation der Homosexualität das Verstehen des Homosexuellen nicht ausgeweitet, sondern bliebe da, wo es ohnehin schon ist.

LITERATUR

Barde 1995

Barde, B.: Psychoanalytische Gruppentherapie mit neun HIV-infizierten Männern – Rahmung, Prozessaspekte, Schlussfolgerungen. In: Ohlmeier/Dornes/Beier (Hg.) 1995, 153-194

Bell/Weinberg/Hammersmith 1981

Bell, A. P./Weinberg, M. S./Hammersmith, S. K.: Der Kinsey Institut Report über sexuelle Orientierung und Partnerwahl. München: Bertelsmann 1981

Bieber u.a. 1962

Bieber, L. u.a.: Homosexuality: A Psychoanalytic Study of Male Homosexuals. New York: Basic Books 1962

Dannecker 1994

Dannecker, M.: Das Paradigma der „Homosexualität“ in der Geschichte der Sexualwissenschaft. In: Forum Homosexualität und Literatur, 20, 43-53

Dannecker/Reiche 1974

Dannecker, M./Reiche, R.: Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik. Frankfurt/M.: Fischer 1974

Düring 1994

Düring, S.: Über sequentielle Homo- und Heterosexualität. In: Zeitschrift für Sexualforschung, 7, 193-202

Freud 1921c

Freud, S.: Massenpsychologie und Ich-Analyse. GW XIII, 71-161

Freud 1923b

Freud, S.: Das Ich und das Es. GW XIII, 237-289

Friedman 1993

Friedman, R. C.: Männliche Homosexualität. Berlin u.a.: Springer 1993

Green 1987

Green, R.: The „Sissy Boy Syndrome“ and the Development of Homosexuality. New Haven/London: Yale Univ. Pr. 1987

Green 1992

Green, R.: Sexual Science and the Law. Cambridge/London: Harvard Univ. Pr. 1992

Hegener 1992

Hegener, W.: Das Mannequin. Vom sexuellen Subjekt zum geschlechtslosen Selbst. Tübingen: Konkursbuch 1992

Hirschauer 1992

Hirschauer, S.: Konstruktivismus und Essentialismus. Zur Soziologie des Geschlechtsunterschieds und der Homosexualität. In: Zeitschrift für Sexualforschung, 5, 331-345

Holder 1999

Holder, A.: Die psychoanalytische Krankheitslehre bei Kindern und Jugendlichen. In: Loch 1999, 349-418

Isay 1990

Isay, R. A.: Schwul sein. Die Entwicklung des Homosexuellen. München u.a.: Piper 1990

Kutter 1989

Kutter, P.: Psychoanalytische Aspekte psychiatrischer Krankheitsbilder. In: W. Loch (Hg.): Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. 5., erg. und korr. Aufl. Stuttgart: Hirzel 1989, 189-288

Kutter/Müller 1999

Kutter, P./Müller, T.: Psychoanalyse der Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. In: Loch 1999, 193-287

Lacan 1994

Lacan, J.: Die Familie (1938). Abgedruckt in: Schriften, Bd. 3. Weinheim/Berlin: Quadriga 1994, 39-100

Lewes 1988

Lewes, K.: The Psychoanalytic Theory of Male Homosexuality. New York: Simon and Schuster 1988

Loch 1999

Loch, W.: Die Krankheitslehre der Psychoanalyse. 6., vollst. überarb. und erweiter. Aufl. Hrsg. v. H. Hinz. Stuttgart/Leipzig: Hirzel 1999

Morgenthaler 1980

Morgenthaler, E.: Homosexualität. In: V. Sigusch (Hg.): Therapie sexueller Störungen. Stuttgart/New York: Thieme 1980, 329-367

Ohlmeier 1995

Ohlmeier, D.: Eine Zusammenfassung des Verlaufs und einiger Ergebnisse der psychoanalytischen Gruppentherapie mit HIV-positiven Patienten aus der Sicht des Gruppenleiters. In: Ohlmeier/Dornes/Beier (Hg.) 1995, 141-152

Ohlmeier/Dornes/Beier (Hg.) 1995

Ohlmeier, D./Dornes, M./Beier, C. (Hg.): Trauma AIDS. Eine psychoanalytische Studie über die Auswirkungen der HIV-Infektion. Opladen: Westdt. Verl. 1995

Rauchfleisch 1994

Rauchfleisch, U.: Die Diskriminierung Homosexueller durch die Psychoanalyse. In: Zeitschrift für Sexualforschung, 7, 217-230

Reiche 1997

Reiche, R.: Gender ohne Sex. Geschichte, Funktion und Funktionswandel des Begriffs „Gender“. In: Psyche, 51, 926-957

Socarides 1971

Socarides, C. W.: Der offene Homosexuelle (1968). Frankfurt/M.: Suhrkamp 1971

Whitam 1980

Whitam, F. L.: The prehomosexual male child in three societies: The United States, Guatemala, Brazil. In: Arch. Sex. Behav., 9, 87-99

Whitam/Zent 1984

Whitam, F. L./Zent, M.: A cross-cultural assessment of early cross-gender behavior and familial factors in male homosexuality. In: Arch. Sex. Behav., 13, 427-439

Homosexuelle Individuation¹ zwischen Ablehnung und Akzeptanz: Zur Psychodynamik der Homophobie²

WOLFGANG ROTH

Psychiatrie und Psychotherapie haben sich in den vergangenen Jahrzehnten unermüdlich bemüht, das Phänomen der Homosexualität und ihre Entstehung zu ergründen. Gemeinsam liegt diesen Anstrengungen ein tief sitzendes Bedürfnis zugrunde, Homosexualität zu pathologisieren³ und daraus die Legitimation für „geeignete“ Therapievorstellungen abzuleiten. Die spezifischen Belastungs- und Krisensituationen aufgrund antihomosexueller Einstellungen und Reaktionen, die als traumatisierende entwicklungspsychologische Faktoren den Werdegang einer homosexuellen Identität, Orientierung und Lebensform entscheidend prägen, werden dabei fast ausnahmslos verleugnet. Die Auseinandersetzung mit der Homosexualität stößt offenkundig auf ein tiefer gehendes Interesse als die Beschäftigung mit dem Phänomen der Homophobie, das bislang psychodynamisch nur wenig hinterfragt wurde. Es liegt auf der Hand, dass hier auf einer gesellschaftlich-kollektiven Ebene massive Abwehrmechanismen im Spiel sein müssen, die unreflektiert von der Fachwelt übernommen werden und dort eine objektive wissenschaftliche Diskussion antihomosexueller Einstellungen verhindern.

Die kollektive Homophobie und Antihomosexualität, die als Diskriminierung und Verfolgung in Erscheinung treten, lassen sich in der Menschheitsgeschichte über Jahrtausende zurückverfolgen. In den letzten Jahren zeichnet sich eine Wende zu größerer Toleranz und Akzeptanz gegenüber homosexuellen Lebensformen ab, die sich aktuell auch in der Diskussion um eine rechtliche Gleichstellung („Homo-Ehe“) niederschlägt. Doch gerade die liberalen Bestrebungen, Homosexualität als eine gleichwertige Lebensform anzusehen, provozieren das Wiederaufleben einer Verfolgerhaltung, die dermaßen tief verwurzelt erscheint, dass es nach den zugrunde liegenden unbewussten Motiven zu fragen gilt.

Psychoanalyse und Tiefenpsychologie kommen nicht mehr umhin, ihre pathologisierenden Theorien der Homosexualität und die da-

1 Individuation: Entwicklung zu einer Einzelpersönlichkeit, zum Individuum
2 von griechisch „phobos“ = Furcht, Angst: als Zwangsercheinung auftretende Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen; hier: Verhalten, das durch eine starke Abneigung gegen Homosexualität gekennzeichnet ist
3 pathologisieren: aufgrund entsprechender Konzepte zu Entstehung und Erscheinungsformen als Krankheit definieren

raus abgeleiteten therapeutischen Haltungen auch hinsichtlich der hier wirksamen unbewussten Motive zu überdenken. Wenn inzwischen an vereinzelten Ausbildungsinstituten auch homosexuelle Bewerber/innen angenommen werden, kann dies als beginnender Prozess des Umdenkens gewertet werden, Homosexualität zu entpathologisieren und als eine gleichwertige Entwicklungsmöglichkeit anzuerkennen. Der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin, der homosexuellen Patienten mit uneingeschränkter Akzeptanz begegnen will, findet sich jedoch in einem Spannungsfeld gesellschaftlicher Prozesse, eigener Vorurteile und Informationsdefizite sowie überlieferter theoretischer Grundannahmen wieder, mit dem er/sie sich auseinandersetzen muss, um auf dem homosexuellen Individuationsweg kompetent begleiten zu können. Zudem kommt er/sie nicht umhin, sich auf dem Wege der Selbsterfahrung mit eigenen homosexuellen Anteilen, mit seinen/ihren Reaktionen auf Homosexualität und mit Aspekten der Gegenübertragung⁴ zu befassen.

Bisweilen wird die Frage aufgeworfen, ob eine Diskussion über Diskriminierung und Homophobie noch zeitgemäß erscheine, gibt sich doch unsere als aufgeklärt und fortschrittlich bezeichnete Gesellschaft „politisch korrekt“ auch gegenüber alternativen Lebensweisen und Minderheiten gerne als aufgeschlossen und tolerant aus. Tatsächlich ist in den letzten Jahren auch vieles in Bewegung geraten und eine Tendenz abzulesen, traditionelle Identitäts- und Beziehungsvorstellungen in Frage zu stellen. In diesem Zusammenhang war es zumindest in den Großstädten möglich, eine bunte, offene und selbstbewusste schwule Szene zu etablieren. 1994 wurde Homosexualität durch die Abschaffung des Paragraphen 175 entkriminalisiert. Verschiedene europäische Parlamente beschäftigen sich mit Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsgesetzen oder haben dem entsprechende Vorhaben bereits realisiert, so z.B. in Frankreich; in Deutschland wurde kürzlich ebenfalls ein entsprechendes Gesetz verabschiedet („Homo-Ehe“). Auch in der Psychiatrie konnte 1991 nach heftigsten Auseinandersetzungen

4 Begriff aus der Tiefenpsychologie, der die unbewussten Reaktionen des Therapeuten/der Therapeutin (Gefühle, Haltung, Handeln) auf den Klienten/die Klientin beschreibt

zungen die Diagnose „Homosexualität“ als Krankheit aus dem weltweit etablierten Diagnoseglossar der ICD-10⁵ verbannt werden. Diese insgesamt optimistisch stimmenden Beobachtungen dürfen aber nicht darüber hinweg täuschen, dass mit dem Thema Homosexualität nach wie vor diskriminierende, feindselige und gewalttätige Reaktionen verbunden sind. Die kollektive Haltung zeigt dabei auf einer noch brüchigen bewusstseinsnahen Ebene Toleranz und Akzeptanz, wohingegen die tief verwurzelten, unbewusst motivierten Ressentiments in Bezug auf das Thema Homosexualität weiterhin Bestand haben. Gerade dann, wenn Homosexuelle aus dem Verdrängungsbereich heraus in Erscheinung treten, mobilisieren sie im heterosexuellen Kollektiv offenbar unbewusste massive Ängste, deren sich das kollektive Bewusstsein nur mittels Projektion und aggressiver Verfolgung zu entledigen weiß. Der Homosexuelle wird damit zum Projektionsträger von Aspekten, die nach wie vor mit dem kollektiven Ich-Bewusstsein unvereinbar zu sein scheinen. In Anbetracht der Jahrhunderte alten Tradition, Homosexuelle als Projektionsträger zu missbrauchen, kann es nicht verwundern, dass gesellschaftliche Wandlungsprozesse nicht innerhalb weniger Jahrzehnte zur Auflösung des Phänomens der Homophobie führen können. Alle voreiligen optimistischen Prognosen sind daher mit Skepsis zu betrachten, denn eine Veränderung des bewussten, politisch korrekten Standpunktes bedeutet noch lange keinen tief greifenden Wandel im kollektiven Unbewussten, der die Motive für die Homophobie bereithält. Die Gesinnungswandlung im kollektiven Unbewussten ist ein längerfristiger Prozess, der auch dort noch nicht vollzogen ist, wo die bewusste Haltung zunehmend von politischer Korrektheit, Toleranz und Akzeptanz geprägt wird: Können sich Toleranz und Akzeptanz nicht auf Wandlungsprozesse im kollektiven Unbewussten gründen, bleiben sie zwangsläufig brüchig und instabil und werden vom jeweils vorherrschenden Werte- und Beurteilungssystem abhängig sein.

Bei einem Blick zurück liest sich die Geschichte der Homosexualität überwiegend als eine zeit- und kulturübergreifende Geschichte der

5 ICD-10: International Classification of Diseases – Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen

Ablehnung und Verfolgung, die allerdings in wechselndem Gewande in Erscheinung treten: Auf der gesellschaftlich-moralischen Ebene wird der Homosexuelle zum „Unhold“ oder „Knabenschänder“, der „unzüchtige“ Handlungen begeht. Die religiös-christliche Verfolgungstradition kennt den Homosexuellen als „Sünder“ wider die Schöpfungsordnung. Nach der juristisch-strafrechtlichen Auffassung wird der Homosexuelle zum Kriminellen. Für die Psychiatrie leidet er an einer Perversion, und Psychoanalyse und Psychotherapie sehen ihn als unreif, persönlichkeitsgestört oder bestenfalls als einen neurotisch an einem ungelösten Konflikt Leidenden.

Diese Auffassungen legitimieren dann jeweils kollektiv getragene Reaktionen auf das „Unnormale“, das abgelehnt, ausgegrenzt, verfolgt und vernichtet, bestenfalls umgewandelt („geheilt“) werden muss: Im Mittelalter wird die Todesstrafe für „widernatürliche Unzucht“ propagiert (Kaiser Karl V, 1532). 1869 wird der Paragraph 175 im preußischen Strafgesetzbuch verankert, der homosexuelle Handlungen endgültig (bis ins Jahr 1994) kriminalisiert und damit Verfolgungs- und Bestrafungsmaßnahmen rechtfertigt. Im Dritten Reich werden auf dieser Grundlage, erweitert um bevölkerungspolitisch-ideologische Konzepte von „Entartung“, Tausende von Homosexuellen in den Konzentrationslagern interniert und umgebracht.

Wenn sich Ende des 19. Jahrhunderts die Psychiatrie der Homosexuellen annimmt und der Wiener Professor Richard von Krafft-Ebing in seiner „Psychopathia sexualis“ Homosexualität als Perversion und damit als psychiatrisches Krankheitsbild beschreibt, verschiebt sich der Blickwinkel von der Kriminalisierung zur Pathologisierung, womit das Bestrafungsbedürfnis in ein Heilungsbedürfnis übergeht. Überspitzt formuliert wird die Psychiatrie somit zu einem „Schlupfwinkel des Überlebens“, indem der Homosexuelle nicht mehr auf dem Scheiterhaufen verbrannt wird, sondern sich eingeordnet in eine medizinische Kategorie wiederfindet und auf diesem Wege ausgegrenzt und seiner „Heilung“ in Form der Heterosexualisierung⁶ zugeführt werden kann. Er wird toleriert unter der expliziten Bedingung, dass er von

6 Veränderung einer homosexuellen Orientierung in eine heterosexuelle

seiner Anormalität überzeugt ist und sich einer Therapie unterwirft. Die daraus resultierenden „Therapiemethoden“ sind jedoch allesamt Ausdruck einer unreflektierten, feindseligen und teilweise bestrafend-sadistischen Gegenübertragung auf das Phänomen Homosexualität. Die Homophobie kehrt also wieder unter dem Deckmantel der Wissenschaft, des Verstehens und des daraus abgeleiteten Bedürfnisses, zu helfen und zu heilen. Dass den verschiedenen therapeutischen Vorgehensweisen unbewusste homophobe Motive zugrunde liegen müssen, wird beim Blick in die Sprech- und Behandlungszimmer der bemühten Ärzte und Therapeuten deutlich:

Bei der aggressiv-sadistischen Vorgehensweise der Chirurgen, die zunächst mittels Hodentransplantation, später auch mit neurochirurgischen Eingriffen eine Umorientierung des homosexuellen Begehrens herbeizuführen versuchten, liegen die homophoben Aspekte noch relativ unverblümt zu Tage. Auch nachfolgende Versuche der Verhaltenstherapeuten, mit der Aversionstherapie unter Verabreichung von Stromstößen die homosexuelle Orientierung ihrer Klienten in eine heterosexuelle umzuwandeln, lässt die zugrunde liegende homosexuellenfeindliche Haltung deutlich erkennen. Doch auch die psychoanalytischen Verfahren, die sich gerade als nicht manipulierend, sondern als wertneutral, verstehend und persönlichkeitsfördernd definieren, lassen an ihren Konzepten und ihrem Vorgehen erkennen, dass Homosexualität unerwünscht und damit therapiebedürftig sei. Die verschiedenen theoretischen Grundannahmen zur Entstehung und zu den Erscheinungsformen der Homosexualität verraten durch ihre Widersprüchlichkeit, insbesondere aber durch ihre emotional gefärbte und den Boden der Wissenschaftlichkeit verlassende Sprache deutlich die aggressiv-sadistische Gegenübertragung: Homophobie als Theorie gewordene Verfolgerhaltung.

Wird Homophobie also als eine über Jahrhunderte hinweg zeit- und kulturstabile kollektive Reaktion auf das Phänomen Homosexualität verstanden, die sich in Ablehnung, Feindseligkeit und Verfolgung äußert, aber auch in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Theoriebildung wiederfindet, muss man neben den Erscheinungsformen der Homophobie vor allem die zugrunde liegenden unbewussten

Aspekte ergründen. Diese scheinen so tief verwurzelt, dass sie trotz der gesellschaftlichen Wandlung hin zu größerer Toleranz und Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Lebensweisen beharrlich als Motor antihomosexueller Einstellungen und Verhaltensweisen wirksam bleiben.

Genau genommen ist der Begriff „Homophobie“ im psychiatrischen Sinne unpräzise, insofern unter Phobie die umschriebene, also bewusste Angst vor Situationen oder Objekten verstanden wird (z.B. Agoraphobie⁷, Klaustrophobie⁸, Spinnenphobie), die in der Regel mit einem Vermeidungsverhalten einher geht. In Bezug auf die Homosexualität zeigen die so genannten homophoben Menschen jedoch teilweise ein ausgesprochen feindseliges oder aggressives Verhalten: Sie suchen den Kontakt mit Homosexuellen, um diese zu verfolgen, sei es tötlich oder durch eine exzessive Beschäftigung mit dem Thema Homosexualität auf gesellschaftspolitischer oder psychologischer Ebene. Der Begriff der Homophobie verdeckt also die Aspekte von Aggression und Gewalt, so dass besser von antihomosexuellen Einstellungen gesprochen werden sollte. Gleichzeitig ist die mit dem Thema Homosexualität ausgelöste Aggression auch als Ausdruck bzw. Abwehr einer tief sitzenden, unbewussten Angst zu verstehen, die letztendlich nicht anders in Schach gehalten werden kann. Die Vorstellung, dass Homosexuelle Verunsicherung und Angst auslösen und die homophobe Reaktion in Form von Ablehnung und Aggression ein sekundäres Verarbeitungsphänomen sein soll, scheint zunächst nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Die bewussten Motive der Verfolgerhaltung sind jedoch allesamt austauschbar und lediglich als Rationalisierung verstehbar, so dass man nicht umhin kann, den überdauernden unbewussten Motiven der Homophobie nachzugehen.

Hierbei stellt sich die Frage, wofür der Homosexuelle auf einer symbolischen Ebene eigentlich steht. Offensichtlich dient er der Gesellschaft als notwendige Projektionsfigur für Inhalte, die mit dem kollektiven Bewusstsein derart inkompatibel⁹ zu sein scheinen, dass sie überwiegend auf diesem Wege „entsorgt“ werden müssen. Gleich-

7 Platzangst = Angst, über freie Plätze oder Straßen zu gehen

8 Angst vor Aufenthalt in geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstühlen)

9 unvereinbar

zeitig vermag auch der Vorgang der Projektion die Homophobie nur unzureichend zu erklären, denn offensichtlich führt dieser Abwehrmechanismus¹⁰ in diesem Fall zu keiner ausreichenden Entlastung und Stabilisierung der kollektiven Bewusstseinsvorstellungen. Die durch kollektive Projektion abgewehrten Anteile bleiben dermaßen beunruhigend, dass sie nach der „Unterbringung“ im Homosexuellen dort noch weiter verfolgt und „unschädlich“ gemacht werden müssen. Bei der Frage nach diesen projizierten Inhalten werden häufig die im Individuum bereitgehaltenen eigenen homosexuellen Anteile und Tendenzen genannt. Dies erklärt freilich noch nicht, warum homosexuelle Aspekte per se mit der bewussten Einstellung so unverträglich sein sollen, dass sie überhaupt der Abwehr durch Projektion bedürfen. Der Ansatz, Homophobie auf individuell und kollektiv durch Projektion abgewehrte, nicht zuzulassende homosexuelle Anteile zurückzuführen, ist zirkulär und erklärt wenig. Für welche Inhalte aber könnte das Phänomen Homosexualität stellvertretend stehen und erhalten?

Solange der Homosexuelle überwiegend über sein sexuelles Begehren und Erleben definiert wird, bietet er sich in erster Linie als Projektionsträger für sexuelle Themen an. Die Sexualität erfährt somit eine „Verdichtung“ im Homosexuellen, dem damit Phänomene wie Triebhaftigkeit, Promiskuität, Verführungspotenzial und unorthodoxe Sexualpraktiken zugeschrieben werden können. Dass diese Aspekte freilich nicht Homosexuellen-spezifisch sind, sondern allenfalls für ein *männlich* definiertes Sexualverhalten zutreffen können, liegt bei näherer Betrachtung auf der Hand. Da die gelebte Sexualität beim Homosexuellen jedoch nicht im Dienste moralisch als höher eingestufte Werte (Familiengründung, Fortpflanzung) sublimiert¹¹ werden kann, sondern ist, was sie ist, nämlich lustvolles Begehren, Begegnung und Befriedigung auf der Ebene der Körpersprache, lädt sie im besonderen Maße zur Projektion sexueller Schattenthemen ein.

¹⁰ psychischer Vorgang, bei dem unangenehme Aspekte der eigenen Psyche unbewusst bleiben können, indem sie z.B. durch Projektion anderen zugeschrieben werden

¹¹ sublimieren (lat.): auf eine höhere Ebene heben; in der Psychologie: Umwandlung ursprünglicher Triebenergie in andere Betätigungen

Ein weiteres unbewusstes Motiv der Homophobie liegt in der Infragestellung des Männlichkeitsideals, wie es besonders in der patriarchalischen Kultur gepflegt wird. So wird eine mann-männliche Begegnung gesellschaftlich akzeptiert, wenn sie mit Auseinandersetzung, Rivalität, Aggressivität und sogar Destruktivität einhergeht. Die Medienquellen über von Bildern männlicher Aggressivität, wie sie z.B. beim Sport, in der Kriminalität oder im Rahmen von Kriegereignissen in Erscheinung tritt. Der liebevolle, zärtliche Umgang zweier Männer in einer homoerotischen Begegnung hingegen fällt nach wie vor der kollektiven Zensur zum Opfer, so dass selbst einige ausgewählte „Quoten“- und „Vorzeigeschwule“ über eine kurze gegenseitige Berührung oder Umarmung kaum hinausgehen dürfen. Homosexuelle Männer stellen mit ihrem möglichen freundschaftlich-zärtlichen Umgang eine Provokation für das aufrechtzuerhaltende Männlichkeitsideal dar. Die aggressive Haltung gegenüber Homosexuellen wächst mit der Wahrnehmung bzw. Zuschreibung von als weiblich-passiv eingeschätztem Verhalten. Tatsächlich könnte der homosexuelle Mann im Rahmen seiner Individuation größere Chancen haben, sein „weibliches“ Potenzial zu entwickeln und zu integrieren, anstatt es zu verdrängen: Als Außenseiter vermag er einen größeren Entwicklungsspielraum abseits von Rollenzwängen und zwingenden Identifikationsfiguren für sich zu nutzen.

Über die Fragen der Geschlechtsidentität und zugeschriebenen Persönlichkeitsmerkmale hinaus, die sich um das zu integrierende „weibliche Potenzial“ im Mann bewegen, führt auch die Variabilität der gesellschaftlichen Rollen der Homosexuellen zu Verunsicherung und homophoben Reaktionen. Traditionelle Wert- und Normvorstellungen, z.B. in Bezug auf die Familie, werden durch homosexuelle Lebensweisen hinterfragt. Homosexuelle Männer in ihren alternativen Beziehungs- und Lebensformen passen sich nicht den vorherrschenden Rollenmustern und damit verbundenen kollektiven Regeln und Vorgaben an. Sie provozieren durch Grenzüberschreitungen und Rollenflexibilität und sorgen für Unordnung in einem starren System, das durch die Kategorien von „oben-unten, aktiv-passiv, männlich-weiblich“ Halt gebende Koordinaten bereithält. Gerade die Infragestellung traditioneller

Familienstrukturen durch die momentan diskutierten und auf den Weg gebrachten Gleichstellungsgesetze sorgt für eine Reaktivierung unbewusster Ängste. Der Homosexuelle hat in diesem Zusammenhang ein kreatives Potenzial von Auflehnung, Protest und Wandlung, das im heterosexuellen Kollektiv eine massive Verunsicherung im Bereich der Identitäts-, Rollen- und Wertvorstellungen auslöst – und in der Folge vermehrt zu aggressiv-antihomosexuellen Verhaltensmustern führt.

Für die psychotherapeutische Arbeit mit homosexuellen Patienten lässt sich aus diesen Überlegungen Folgendes ableiten: Da der Homosexuelle nicht primär an seiner Homosexualität leidet, sondern an Diskriminierung und Ablehnung, sind diese Traumata sowohl in der Lebensgeschichte als auch der aktuellen Lebenssituation aufzuspüren und zu bearbeiten. Hierzu zählen besonders Situationen der frühen Kindheit, in der sich der vor-homosexuelle Junge der heterosexuellen *peer-group*¹² nicht zugehörig fühlen kann (z.B. weil er kein Interesse an Rivalität, körperlichen Auseinandersetzungen und entsprechenden Sportarten hat) und von dieser in der Regel auch abgelehnt wird. Damit geht eine frühe Verletzung des Selbstwerterlebens einher sowie ein zunächst unlösbarer Konflikt zwischen eigenem Begehren nach zärtlichen gleichgeschlechtlichen Kontakten und den Anforderungen und Erwartungen der Bezugspersonen. Die für die negativ-ödipale Situation zu erwartende Zurückweisung durch den Vater, der als Liebesobjekt begehrt wird, aufgrund eigener homophober Anteile vom Zärtlichkeitsansinnen seines Sohnes aber irritiert und überfordert sein muss, stellt eine weitere massive Kränkung dar. In dieser Situation hat der Junge nicht nur die Enttäuschung darüber zu verarbeiten, dass der Vater als Liebesobjekt nicht in Frage kommt, sondern macht darüber hinaus auch noch die grundsätzliche Erfahrung, dass sein erotisches Begehren an sich als anstößig und unerwünscht erscheint, auch wenn es sich auf einen anderen Mann richten sollte: Die Problematik des Inzesttabus überlagert sich mit der des Homosexualitätstabus. In der Pubertät kommt es zu einer Zuspitzung dieser negativen Vorerfahrungen,

12 Bezugsguppe aus Personen gleichen Alters, gleicher oder ähnlicher Interessenlage und ähnlicher sozialer Herkunft, die das Handeln und Urteilen eines Individuums stark beeinflussen

wenn der Jugendliche realisieren muss, dass seine Liebessehnsüchte unbeantwortet und unerfüllt bleiben und zudem noch schuld- und schambesetzt als abwegig, krankhaft oder verboten erlebt werden müssen. Der Mangel an Vorbildern und Identifikationsmöglichkeiten wird in dieser Phase die Gefühle von Verunsicherung, Orientierungslosigkeit und Einsamkeit weiter verstärken. Im weiteren Individuationsweg wird der Homosexuelle fortlaufend weitere Konflikte und Traumatisierungen durch homophobe Einstellungen erleben, deren mögliche Verarbeitung auch davon abhängen wird, wie die frühen Ablehnungserfahrungen bewältigt werden konnten.

Während diese traumatisierenden Erfahrungen in der Außenwelt im Rahmen einer Psychotherapie noch vergleichsweise leicht zugänglich und zu bearbeiten erscheinen, sind die Spuren einer verinnerlichten Homophobie schwieriger aufzudecken. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die unzähligen negativen Erfahrungen, die der Homosexuelle während seines Lebens mit dem Thema Homophobie macht, als eigene psychische Strukturelemente verinnerlicht werden und zu Selbstablehnung, Autodestruktivität, Beziehungsunfähigkeit, Depressivität oder Suchterkrankungen führen können. Ohne Aufdeckung dieser destruktiven inneren Kräfte in der Psychotherapie wird eine befriedigende homosexuelle Identitätsfindung kaum gelingen.

Wenn Homophobie als ein unbewusst motiviertes kollektives psychisches Phänomen verstanden wird, ist damit zu rechnen, dass auch die Psychotherapeut(inn)en als Teil dieses Kollektives trotz einer vielleicht wohlwollenden und akzeptierenden Haltung in die Begegnung mit ihren homosexuellen Patienten versteckte homophobe Anteile hineinbringen. Diese können sich dort in negativer Gegenübertragung, Vorurteilen, Theoriebildungen, spezifischen Therapiezielen oder einer hartnäckigen Neigung zur Ursachenforschung manifestieren und erfordern vom Therapeuten oder der Therapeutin eine intensive Auseinandersetzung auf den Ebenen von Theorie und Selbsterfahrung, wenn die Begleitung und Therapie von Homosexuellen auf ihrem Individuationsweg gelingen soll.

Solange das patriarchalische Wertesystem Teile seines kollektiven Schattens (der nicht zugelassene und damit verdrängte Lebensmöglich-

keiten enthält) auf die Homosexuellen projizieren und dort verfolgen muss und es nicht gelingt, diese Inhalte ins heterosexuelle Bewusstsein zu integrieren, wird der Homosexuelle weiterhin als Projektionsträger erhalten müssen und wird das Phänomen der Homophobie aufrechterhalten bleiben. Eigentlich müsste also der Homophobe auf die Couch des Psychotherapeuten, nicht der Homosexuelle, denn: „Nicht der Homosexuelle ist pervers, sondern die Situation, in der er lebt“ (Rosa von Praunheim).



**SELBSTVERSTÄNDLICH
SCHWUL UND LESBISCH
LIEBEN UND LEBEN?**

Die Workshopteilnehmerinnen wurden mit folgendem Impulsreferat an das Thema herangeführt:

LESBISCHE BEZIEHUNGEN – ZUR LIEBESFÄHIGKEIT VON LESBEN

Lesbenbeziehungen sind in einer homophoben Gesellschaft wie der unseren *per se* ein mittleres Wunder. Dass Frauen es schaffen, sich trotz heterosexistischer Erziehung und Umwelt ihrer „verbotenen Gefühle“ für andere Frauen bewusst zu werden, zeugt von einer revolutionären persönlichen Kraft, ohne die es ihnen gar nicht möglich wäre, sich gegen den allumfassenden heterosexuellen Erwartungsdruck zur Wehr zu setzen und den eigenen Bedürfnissen den ersten Platz einzuräumen.

Diese mutigen, sehnsüchtigen und hoffnungsvollen Frauen sollen auch nicht enttäuscht werden. Der große Wunsch nach Nähe und die große Fähigkeit, Nähe zu einer anderen Frau herzustellen, ist beeindruckend. Die weibliche Rolle, die Frauen nur einen Part innerhalb einer Beziehung zuschreibt – die Frau als diejenige, die für den emotionalen Haushalt zuständig ist, die Gebende, die Verstehende –, potenziert sich in einer Lesbianbeziehung, da zwei Frauen mit einer ähnlichen weiblichen Sozialisation zusammenkommen. Die große Liebesfähigkeit von Frauen wird in lesbischen Beziehungen umso deutlicher, wo zwei Frauen sich durch gegenseitiges Verstehen und durch ähnliche Vorstellungen von Sexualität und Liebe auf tiefen emotionalen Ebenen begegnen und verbinden können.

Lesben bringen jedoch nicht nur diesen positiven Teil aus ihrer Sozialisation mit in die Partnerschaft, sondern auch den anderen Teil, der der weiblichen Rolle in einer Mann-Frau-Beziehung zugeordnet war. Defensives Zurückhalten, Schuldgefühle, Konfliktangst, Wutverbot und Abhängigkeit sind Hypotheken aus dieser Rolle, die im Liebeskontakt zwischen Frauen große Verstrickungen hervorrufen können.

Frauen haben eher gelernt, mit Konflikten harmonisierend umzugehen. Aus Angst davor, die andere zu enttäuschen, zu verletzen, zu

verärgern und sie zu verlieren, wagen sie oft nicht, auf sich Acht zu geben. Bevor Wut aufkommt, wird lieber eingelenkt. Die Angst vor der eigenen Wut ist mindestens so groß wie die Angst vor der Wut der anderen. Sich abzugrenzen und den eigenen Raum zu beanspruchen ist ebenfalls mit der Befürchtung verbunden, an Nähe einzubüßen und Unstimmigkeiten heraufzubeschwören.

Zu Gunsten einer fehlverstandenen Harmonie – im Sinne von Abwesenheit von Unterschieden – werden Gefühle ignoriert, die dem Bild von Nähe entgegenstehen könnten. So werden Abgrenzungen in lesbischen Beziehungen oft erst sehr spät eingeleitet und nehmen dann eher destruktiven Charakter an, indem die andere verletzt und abgewertet wird, nach der Devise: entweder absolute Nähe oder Distanz durch Abwehr.

Ich spreche jetzt natürlich in erster Linie über die Probleme, die Lesben in Beziehungen haben können; das heißt nicht, dass jede lesbische Beziehung nur und immer destruktiv mit Konflikten umgeht, dass keine Frau Grenzen ziehen kann und dass im Prinzip alle Beziehungen zum Scheitern verurteilt sind – ganz im Gegenteil. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Lesbenpaare zwar relativ übereinstimmend an denselben Grundproblemen „leiden“, aber ich bin immer wieder beeindruckt von ihrer großen Bereitschaft, sich damit auseinander zu setzen. Lesben geben nicht so schnell auf, wenn sie erst mal die Konflikte wahrgenommen haben und sich trauen, sie miteinander anzugehen.

Wenn die Konflikte jedoch nicht ernst genommen und vermieden werden, was ebenso häufig der Fall ist, findet die Dynamik meistens auf anderen Wegen ihre Entsprechung, nämlich in *Affären und Nebenbeziehungen* – in der Regel unbewusste Versuche, Spannungen und Leiden, aber auch Wünsche, die im Verlauf der Beziehung verloren gegangen sind, aufzudecken bzw. zu lösen.

Solche Affären und Nebenbeziehungen können unterschiedliche Hintergründe haben; sie sind z.B.

- Ausbruchversuche aus unerträglich gewordenen Verstrickungen mit der Freundin;
- ein Versuch, die andere „wachzurütteln“, wenn die eine sich vernachlässigt fühlt;

- der Wunsch nach Veränderung innerhalb der Beziehung;
- ein Versuch, das verloren gegangene ICH wieder zu spüren;
- ein Versuch, die eigenen Ohnmachtsgefühle innerhalb der Beziehung durch eine Kränkung der Partnerin in Machtgefühle zu verwandeln;
- ein Versuch, aus einer leblos gewordenen Beziehung auszubrechen, die nur noch aus beider Angst vor dem Alleinsein existiert und der Unfähigkeit, sich zu trennen;
- ein Ausbruch aus der Enge der monogamen Beziehung und der Wunsch nach Freiheit und Abenteuer.

Bevor ich näher auf unterschiedliche Konfliktstrukturen und Bewältigungsstrategien in lesbischen Beziehungen eingehe, möchte ich das Trennungverhalten von Lesben beleuchten.

So sehr Lesben in einer Partnerschaft aufeinander eingehen, sich miteinander verweben, einander Geliebte und Freundin sein können, so schwer fällt es ihnen, Konflikte auszutragen. Deshalb ist ihnen die bewusste Entscheidung für die Trennung von der Partnerin fast unmöglich. Meistens verhält es sich mit Trennungen von Lesbenpaaren wie mit dem Schicksal: *Es passiert einfach*. Aus meiner Erfahrung in der Arbeit mit Lesben ist es der häufigste offizielle Trennungsgrund, wenn sich eine der beiden Partnerinnen neu verliebt. Aus meiner subjektiven Einschätzung würde ich die Häufigkeit dieser Art von Trennungen bei 70 % ansiedeln. In diesen Fällen fühlen sich oft beide Frauen als Opfer von höheren Kräften: Die eine „wird getrennt“, weil die andere von der Liebe zu einer anderen Frau heimgesucht wird. Eine Auseinandersetzung mit der Beziehung, wie sie bis zu diesem Zeitpunkt bestanden hat, ist wegen der großen Verletzung der einen und des großen Schuldgefühls der anderen kaum noch möglich. Die Trennung kann nicht mehr im Zusammenhang mit der Beziehung wahrgenommen werden, sondern eben nur wie eine von außen erlebte Macht.

Die zweithäufigste Kategorie von Trennungen lesbischer Paare möchte ich als resignativen Ausstieg bezeichnen: Eine zermalmende Beziehungsgeschichte auf der Basis von Anklage und Vorwurf hat meistens beide an den Rand ihrer Kräfte gebracht. Lange schon ist kein un-

beschwerter Kontakt mehr möglich. „Du verstehst mich nicht! Ich halte dich nicht mehr aus!“ – so enden viele missglückte Versuche, mit Konflikten konstruktiv umzugehen. Den Anteil dieser Art von Trennungen schätze ich auf ca. 25%.

Den dritten Platz nimmt die – wie ich sie bezeichnen möchte – „transparente Trennung“ ein: Nach einem Prozess der Auseinandersetzung kommt eine oder kommen beide Partnerinnen zu dem Ergebnis, dass es das Beste ist, sich zu trennen. Nicht immer müssen unüberwindbare Probleme zugrunde liegen; manchmal gelangen die ehemals Liebenden zu der Einsicht, dass der gemeinsame Weg einen Punkt erreicht hat, an dem es nicht mehr weitergeht, so dass jede für sich einen neuen Anfang suchen sollte.

Es gibt verschiedene Spannungsfelder, aus denen in lesbischen Beziehungen Probleme entstehen können:

- Grenzen wahrnehmen – die eigenen und die der anderen
- Macht – Ohnmacht
- Umgang mit Wut
- Schuld und Schuldgefühle (schlechtes Gewissen)
- Sexualität
- Bedürfnisse äußern (offiziell Raum fordern)
- Nein sagen
- Streiten
- die Unfähigkeit, konstruktiv zu streiten
- Abhängigkeit – Verlassensangst
- Selbstverlust und die Angst davor
- Balance zwischen Symbiose und Autonomie – das heißt ein ausgewogenes Zusammenwirken von Nähe und Distanz.

Dass wir im Umgang mit diesen Faktoren Schwierigkeiten haben, ist in erster Linie die Folge einer „gelungenen Weiblichkeitserziehung“, die uns Frauen in mühsamer jahrelanger Feinarbeit vieler Erziehungsinstanzen eingebildet wird. Erfahrungen von sexueller Gewalt und emotionalem Missbrauch an Mädchen und jungen Frauen tragen noch ihr Übriges dazu bei, dass Frauen im erwachsenen Leben starke Irritationen in der Wahrnehmung der eigenen Gefühle, Grenzen und Bedürf-

nisse erleben. In Liebesbeziehungen zwischen zwei Frauen potenziert sich die Absurdität der erlernten Rollen.

Ich möchte im Folgenden an konkreten Beispielen Konfliktsituationen beleuchten, in denen sich lesbische Paare schnell verhaken.

DIE GESCHICHTE ZWEIER FRAUEN, DIE SICH NICHT TRAUEN ZU SAGEN, WAS SIE WOLLEN

Barbara und Annette im Dialog am Telefon:

Barbara: Hallo Annette – wir wollten uns doch heute treffen. Was meinst du denn, wann und wo?

Annette: Mmhh... Weiß nicht. Ich bin so kaputt. Vielleicht erst später. Was meinst du?

Barbara: Ich dachte schon früher, aber später ist auch o.k. Wo denn? Bei dir oder bei mir?

Annette: Ist mir egal. Bei mir fände ich gut, aber wir können auch bei dir. Ich bin aber ziemlich kaputt von der Arbeit und würde es schön finden, wenn wir bei mir gemütlich Tee trinken.

Barbara: Mmhh... Tee trinken ist schön, aber wir sind immer bei dir. Ich fände es auch schön, wenn du zu mir kämest. Wir können bei mir auch Tee trinken.

Annette: Ja, das schon. Wenn ich nicht so erschöpft wäre, würde ich das auch gerne tun.

Barbara: O.k. – dann komme ich. Bevor wir uns streiten. Aber das nächste Mal fände ich es gut, wenn du mal wieder zu mir kämest.

Barbara fährt zu Annette, und der Abend fällt ganz anders aus, als sie es sich vorgestellt haben. Barbara ist nämlich sauer, weil sie so viel Zugeständnisse gemacht hat, und das, wo Annette nur so halbherzig zugestimmt hat. Sie greift Annette an und macht ihr schwere Vorwürfe. Annette ist irritiert und verteidigt sich angesichts des Schwalls an Anschuldigungen. Jede ist nur noch auf sich konzentriert, keine kann die andere mehr sehen, und keine fühlt sich verstanden. Anklage – Verteidigung.

Jetzt entsteht die Distanz im destruktiven Sinne, die beide zu Beginn der Auseinandersetzung unbedingt vermeiden wollten, weil sie doch ein Liebespaar sind. Die Erwartungen und Wünsche, die nicht ausgesprochen wurden, sind nicht erfüllt worden, und bei beiden wächst die bittere Enttäuschung: „Sie hätte doch spüren müssen, dass ich etwas anderes will!“

Die Energie, die nun in diese Auseinandersetzung gegangen ist, hätten beide besser gleich zu Beginn investieren sollen. Hätte Barbara etwas mehr Zutrauen zu ihrem eigenen Wollen, hätte sie Annette deutlicher konfrontiert. Das wiederum hätte Annette herausgefordert, eine klare Position zu beziehen: Ich will oder ich will nicht. Ja oder Nein. Aber Barbara hatte Angst vor einem Nein von Annette. Diese Angst hat ihr Wollen verwässert. Ein „Nein“ bedeutet ihr soviel wie „Du liebst mich nicht mehr“, und lieber lässt sie es nicht darauf ankommen und nimmt, was sie kriegen kann: eine zögerliche, halbherzige Annette. Schade eigentlich, denn sie konnte nicht sehen, dass sie auch ein deutliches „Ja“ für sich hätte gewinnen können. Aber die Angst vor Ablehnung war größer und das verinnerlichte Gebot, Konflikte zu vermeiden, mächtiger.

„NEIN SAGEN“ – EIN „NEIN“ HÖREN

Inge traut sich nicht, ihre eigenen Bedürfnisse zu äußern, wenn sie Heidi nicht gefallen könnten; Heidi hat Angst vor einem „Nein“ von Inge, weil sie sich dann so grundsätzlich abgelehnt fühlt.

Heidi: Sehen wir uns am Donnerstag oder erst am Sonntag?

Inge: Ich weiß nicht, was ich will. (*hilflos*)

Heidi: Entscheide dich endlich! (*sauer*)

Inge: *ist sprachlos, ohnmächtig, wütend auf sich selbst, weil sie nicht sagen kann, was sie will, und erbost darüber, dass sie scheinbar immer das Problem ist. Dann überwindet sie ihre Zurückhaltung und stellt klar:* „Ich möchte den Donnerstag für mich haben. Ich möchte dich erst am Sonntag treffen.“

Es passiert, was sie befürchtet hatte. Heidi fühlt sich stark abgelehnt, ist sprachlos, hilflos, alles Vertrauen ist dahin (alte Gefühle aus ihrer Geschichte kommen schwer zum Tragen). Sie kann nicht sagen, was los ist, geschweige denn, was sie jetzt für ihre Sicherheit von Inge braucht. Inge bleibt im Kontakt: „Heidi, ich möchte dir sagen, dass ich dich liebe, und wenn ich auch den Donnerstag für mich haben will, so heißt das nur, dass ich an dem Tag gern für mich sein will. Kannst du mir das glauben?“ „Ja“, Heidi ist wieder da, wieder im Kontakt, weil ihr klar geworden ist, dass ein „Nein“ nicht bedeutet, nicht mehr geliebt zu sein, sondern einfach nur, dass die andere gerade etwas anderes will als sie selbst.

Beide Frauen haben sich mit dem Mut, den Konflikt auszutragen, die Chance gegeben, alte Wunden zu heilen, die schon lange vor ihrer Beziehung angerichtet wurden. Inge hat sich ein Stück Liebesfähigkeit erobert, indem sie „Lieben“ und „Ich-selbst-Sein“ – zwei Lebensformen, die ihr bisher unvereinbar schienen – mit ihrem mutigen „Nein“ und „Ich will!“ zusammengefügt hat und trotzdem in Kontakt mit der Partnerin bleibt. Heidi hat ein Stück Vertrauen gewonnen, indem sie erfahren durfte, dass sie grundsätzlich geliebt wird, auch wenn die andere nicht immer für sie da ist.

SEXUALITÄT: DIE JA-SAGERIN UND DIE NEIN-SAGERIN

Die Sexualität eines Menschen kann sich nur unter den Bedingungen absoluter Freiheit, Freiwilligkeit und dem eigenen Willen entfalten. Das heißt mit anderen Worten: Sexualität in lesbischen Beziehungen ist eine – manchmal die letzte – Möglichkeit, der Partnerin Grenzen zu setzen. Der Geist lässt sich trügen, die Gefühle lassen sich leugnen, z.B. durch Überschreiten der eigenen Grenzen, aber die körperliche Lust lässt sich nicht erzwingen. So werden an der gelebten oder nicht gelebten Körperlichkeit in lesbischen Beziehungen oftmals Grenzen deutlich, die an anderen Stellen nicht gesetzt wurden.

Wenn Lesben mit „Problemen in der Sexualität“ in die Beratung kommen, dann geht es meistens darum, dass die eine keinen oder weniger Sex will als die andere. Ich spreche hier über die Beziehungen, in

denen beide unter diesen unterschiedlichen Erwartungen leiden, denn es wird nicht immer zum Problem, wenn ein Paar wenig Sex miteinander lebt. Für viele lesbische Frauen ist das Bedürfnis nach Nähe und Intimität durch den innig gelebten Kontakt innerhalb der Partnerschaft schon so sehr abgedeckt, dass die Sexualität miteinander einen geringeren Stellenwert einnimmt.

In Beziehungen, für die das Thema Sexualität ein großes Konfliktfeld ist, sind meistens beide Partnerinnen schon so verwundet, wenn sie eine Paarberatung aufsuchen, dass die Kommunikation miteinander recht schwer fällt. Diejenige, deren Wunsch nach Sex schon häufig von der Partnerin abgewiesen wurde – ich bezeichne sie als die „Ja-Sagerin“ –, ist durch die Kränkungen mittlerweile tendenziell verbittert, resigniert und verschlossen. Die andere, die Sex öfter, oft oder immer ablehnt – die „Nein-Sagerin“ –, steht unter Rechtfertigungsdruck, hat Versagensängste und Schuldgefühle gegenüber der Partnerin.

Was ist passiert? Die beiden Frauen sind an einem Punkt innerhalb der Beziehung angelangt, an dem sie sich mit dem Thema Grenzen, Macht und Ohnmacht auseinander setzen müssen. Die Nein-Sagerin braucht das Nein zum Sex, um sich von der anderen abzugrenzen. Sie kann sich nur schwer auf sich selbst beziehen und sich als eigenständige Frau wahrnehmen. Ihr ICH hat sich überwiegend mit dem WIR vermischt. Eigentlich ist sie nur noch Teil eines Paares, und aus Angst, verlassen zu werden oder das Wir-Gefühl zu gefährden, nimmt sie im „Beziehungsalltag“ die vielen kleineren Neins in sich lieber nicht wahr. Sie beginnt, sich zu verlieren.

Sexualität jedoch braucht Spannung. Sie ist eine Möglichkeit, um für Momente aus den eigenen Grenzen, aus dem umgrenzten Ich auszutreten und einzutauchen in eine Vision von Grenzenlosigkeit und Verschmelzung – aber nur dann, wenn beide sich als Individuum wahrnehmen und wenn es Grenzen zwischen ihnen gibt, weil es sonst auch keine Auflösung von Grenzen geben kann. Wer sich schon in der Beziehung oder anderswo verloren hat, wer die eigene Macht abgegeben hat, kann sich in der Sexualität ja nur noch in Nichts auflösen. Ein Nein zum Sex ist darum ein letzter überlebenswichtiger Schutz, um sich nicht vollkommen zu verlieren.

Die Partnerin, die dann in der Regel als „notorische“ Ja-Sagerin erscheint, wird erst in ihrer Reaktion auf das „Nein-Sagen“ dazu gemacht. Die Unerreichbarkeit der anderen schürt Sehnsucht und Verlangen bei ihr. Ihr ungestilltes Begehren wächst mit jedem Nein der anderen und häuft sich zum Berg an Enttäuschungen und Kränkungen.

Die Nein-Sagerin fühlt sich in der Zwickmühle. Aus der Entfernung spürt sie auch Begehren, das sie aber nicht einlösen kann und will, weil ein „Sich-Hingeben“ für sie mittlerweile gleichbedeutend ist mit „sich aufgeben“. Die Situation wird existenziell für sie. Sie muss den letzten Rest an Eigenmacht bewahren, indem sie die Hingabe versagt. Aus der Sexualität wird ein Machtspiel. Die Partnerin, die sich ursprünglich ohnmächtiger fühlte, die sich schwerer abgrenzen konnte, hat nun Macht über sich und über die andere. Aber leider geht es weder ihr noch der anderen gut damit. Eine Kette von Verletzungen entsteht, und es wird Zeit, sich den Ursprüngen des Problems zu stellen – dem Thema Nähe und Distanz.

„Probleme mit der Sexualität“ gehen beim überwiegenden Teil lesbischer Paare auf Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen den Partnerinnen zurück. Sexualität ist dabei lediglich die Ebene, auf der die Schwierigkeiten, die Paare mit der Balance zwischen ICH – DU – WIR, SYMBIOSE UND AUTONOMIE, MACHT UND OHNMACHT haben, am ehesten greifbar werden.

Sich der Frage nach diesen Gewichtungen innerhalb der Beziehung offen zu stellen, könnte eine Chance sein, die Sexualität aus der Stellvertreterinnenfunktion zu entlassen und sie wieder als das zu erleben, was sie sein kann: Lust, Kontakt, Freude und Entspannung.

Sexuelle Gewalterfahrungen bei einer oder beiden Partnerinnen sind eine zusätzliche Hypothek für Lesbenpaare. Wenn Sexualität gekoppelt ist mit der Erfahrung tiefster Demütigung, Ohnmacht und Schmerz, kann die konkrete Angst davor die eben beschriebene Dynamik noch einmal verstärken. In diesen Fällen ist es wichtig, dass sich beide Partnerinnen mit der Gewalterfahrung und deren Folgen für die Beziehung auseinander setzen, um in Angstsituationen miteinander im Kontakt zu bleiben. Das erfordert viel Mut, Vertrauen und Geduld von beiden.

LESBENPAARE IM STREIT ODER „ALLER ANFANG IST SCHWER“

Lesben tun sich schwer damit, Streit auszutragen. Ihnen fehlen in der Regel konstruktive Vorbilder von ihren Vätern und Müttern. Die Botschaft, die diese ihren Töchtern mit auf den Weg gegeben haben, ist, dass die Frau für Ruhe, Frieden und Harmonie zu sorgen hat. Ebenso haben Lesben, wie andere Frauen auch, die Angst von Generationen von Frauen gespeichert, die sie sicherlich nicht zu Unrecht vor dem Zorn und der möglichen Gewalt in erster Linie durch Männer/Väter/Ehegatten warnen sollte. Angst als Warnung vor Gefahr. So sind Zorn und Wut für Lesben und Frauen generell so bedrohlich, weil sie mit dem Gefühl existenzieller Vernichtung und Ohnmacht gekoppelt sind.

Die überlieferten Konfliktlösungswege von Frauen haben sich dann aus der Not zu einer Tugend entwickelt. Das Zauberwort heißt: *Schuld*. Die gesellschaftlich zugewiesene und auch von Frauen verinnerlichte Schuld kommt in Frauenbeziehungen in vielfacher Hinsicht zum Tragen: in Form von *Schuldgefühlen* und von *Schuldzuweisungen*.

Schuldgefühle sind der Killer jeder Konfliktbewältigung. Je nach persönlichem Hintergrund findet sich schnell die eine oder andere bereit, sich undifferenziert schuldig zu fühlen. Sie macht sich klein, ohnmächtig, geht aus dem Kontakt und hat sich wieder einmal bestätigt, dass sie doch schlecht ist – eben eine Nachfolgerin Evas, die die Schuld an der Erbsünde trägt. Weibliche Schuldgefühle können in Beziehungen alle Verhaltensweisen und Handlungen der einen umfassen, die der anderen nicht gefallen. Sich-klein-Machen ist ein schneller Schutz vor Auseinandersetzungen, vor Wut und Zorn – vor dem eigenen und dem der anderen. Sich-schuldig-Erklären soll die andere beschwichtigen, besänftigen, soll alles wieder gut sein lassen. Schuld als Inlett des Beziehungs-Ruhekissens.

Die andere von Lesben „bevorzugte“ Art der Auseinandersetzung ist die Schuldzuweisung bzw. die Anklage. In diesem Fall ist immer die andere an allem schuld. Ein solcher Umgang mit Konflikten reicht schon eher an den gefürchteten Zustand der Disharmonie innerhalb der Beziehung heran, aber meistens verharren beide Frauen derart in Anklage und Verteidigung, dass der Streit zu einem ausweglosen Unterfangen wird, das sich wie eine Spirale enger und enger dreht.

Der Kern solcher Auseinandersetzungen lässt sich vereinfacht auf die Formel bringen: „Ich bin so schwach. Du bist so stark. Du bist schuld daran, dass ich so schwach bin.“ Die eine fühlt sich der anderen unterlegen oder von ihr übergangen. Anstatt zu sagen, was sie will, geht sie aus einem Gefühl der Ohnmacht in die anklagende Position und verletzt die Partnerin und damit auch sich selbst.

Ein Beispiel:

Elfi und Claudia treffen sich am Abend. Elfi erzählt, was ihr heute zu schaffen gemacht hat. Claudia hört eine Weile zu, plötzlich wird sie sauer und fährt Elfi an: „Immer soll ich dir zuhören! Du bist so dominant und raumgreifend! Du siehst mich gar nicht!“ (Vorwurf – Anklage). Elfi verstummt zunächst. Sie ist gekränkt. Aus der Kränkung entwickelt sich Wut und aus der Wut die Lust, jetzt die andere zu kränken: „Aber du! In der letzten Zeit musste ich immer dir zuhören. Außerdem stimmt das gar nicht. Ich höre dir genauso zu. Du siehst mich gar nicht. Du willst immer der Mittelpunkt sein!“ (Verteidigung – Angriff). Eine Verletzung folgt der nächsten. Ein Schlagabtausch beginnt im destruktiven Ringen darum, von der anderen die gewünschte Aufmerksamkeit zu bekommen: Sieh mich! Hier bin ich! Gib mir Raum!

Anstatt über die eigenen Verletzungen und Bedürfnisse zu sprechen und der anderen damit die Möglichkeit zu geben, sie wahrzunehmen, verhaken sich beide schnell in einem Machtkampf. Jede bekämpft die andere, um die eigene Haut zu retten, dabei entfernen sich beide mehr und mehr von den Ursprüngen des Konfliktes und auch voneinander.

Für Lesben innerhalb der Paardynamik ist es schwer, die eigenen Bedürfnisse zu äußern – das heißt: sich selbst so wichtig zu nehmen, dass man etwas für sich von der anderen wollen darf. Und weil die wenigsten Frauen aus ihrer Geschichte einen Anspruch auf eigene Wünsche bewahren konnten, gestalten sich die Auseinandersetzungen um Platz und Raum in lesbischen Beziehungen oft problematisch – und zwar auf der psychischen wie auf der physischen Ebene.

Zu Beginn der Beziehung wird dieses Thema in der Regel lange nicht angesprochen, um die sich bildende Symbiose nicht zu gefährden. In den späteren Phasen, wenn es um Eigenständigkeit und auch um Distanz geht, wissen Lesben oft keinen anderen Weg, als die Partnerin herabzusetzen: „Du bist mies! gemein!“ usw. Die andere für schuld am eigenen Leid zu erklären, scheint zunächst leichter zu sein, als deutlich etwas zu wollen und dafür einzustehen.

Warum fällt es Lesben so schwer, von sich und ihren Bedürfnissen und Wünschen an die Partnerin direkt zu sprechen? Dafür gibt es noch tiefer liegende Gründe als die bereits genannten. Wenn die eine Frau deutlich erklärt, dass sie etwas von der anderen braucht, legt sie damit ihre Abhängigkeit von der Partnerin offen. Und Abhängigkeit ist für Frauen mit großer Angst besetzt. Aus Erfahrung wissen sie, wie gefährlich es ist, die eigene Abhängigkeit zu zeigen. Abhängigkeit innerhalb der Beziehung kann unbewusst auch für Lesben mit der Befürchtung verbunden sein, emotional erpressbar und möglicherweise hilflos ausgeliefert zu sein, so wie es ihnen viele Frauengenerationen vorgelebt haben.

Es mag paradox klingen, dass Lesben in Beziehungen zu einer großen Verschmelzung mit der Partnerin fähig sind und sich damit natürlich auch auf eine große emotionale Abhängigkeit einlassen, gleichzeitig aber große Angst davor haben, sich diese Abhängigkeit einzugestehen. Aus dem eben Beschriebenen ist diese Widersprüchlichkeit sehr gut nachvollziehbar. Dennoch möchte ich lesbische Frauen dazu ermutigen, sich die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse durchzusetzen, zurückzuerobieren. Je mehr frau sich selbst kennt und zu sich steht, desto freier ist sie und desto weniger läuft sie Gefahr, sich auszuliefern oder sich zu verlieren. Was offen und bewusst ist, kann – anders als das Verschwiegene – nicht zum Gegenstand von Erpressungen werden.

Schuldgefühle einerseits und Schuldzuweisungen andererseits sind wenig geeignet, um konstruktiv mit Spannungen oder Krisen umzugehen. Beide Wege werden aus einer Opferhaltung heraus beschritten („Wenn du mich nur liebst, bin ich gerne schuld“ bzw. „Du bist schuld und ich kann mich nicht wehren“). Die Konfliktvermeidung durch Schuldgefühle oder schlechtes Gewissen lässt die Hügel unter

dem Teppich zu mittleren Gebirgsketten heranwachsen. Der Versuch, Konflikte durch Schuldzuweisung, Anklage und Verteidigung zu bewältigen, macht aus der Beziehung zweier autonomer Frauen ein Gewirr von Verletzungen.

Schließlich gibt es Situationen, in denen Lesben einander Verletzungen zufügen, sich aber schwer damit tun, die eigene *Schuld zu verantworten*. Die gesellschaftlich aufgebürdete Generalschuld von Frauen macht es Lesben nicht leicht, zwischen einer scheinbaren kollektiven und einer tatsächlichen individuellen Schuld zu unterscheiden.

Ein häufiger Anlass für schwere Konflikte in einer lesbischen Beziehung ist das „Fremdgehen“ einer der Partnerinnen. In der Regel ist die „betrogene“ Frau massiv verletzt, wenn sie von der sexuellen Affäre der Partnerin erfährt. Spätestens jetzt wird der „Fremdgeherin“ bewusst, dass sie ihrer Partnerin großen Schmerz zugefügt hat. Oft ist sie von deren heftiger Reaktion nicht minder überrascht als diese von der Tatsache, dass ihr das angetan wird. Der Scherbenhaufen ist angerichtet. Wie kann es weitergehen?

Die „Fremdgeherin“ – ich nenne sie der Einfachheit halber so – fühlt sich damit überfordert, die große Verletzung der Partnerin als von ihr verschuldet anzusehen. Schuld zu verantworten bedeutet, dass frau den Konflikt, den sie verursacht hat, in all seinen Konsequenzen annimmt und bereit ist, ihn auszutragen und den Kontakt zur Partnerin dennoch zu halten. Das fällt vielen Frauen schwer. Flucht ist oft der einzige Ausweg aus dem Dilemma. Flucht aus der Schuld, vor der Verletztheit der Freundin, vor dem schlechten Gewissen und dem Schuldgefühl, das da lauert und eingibt: „Ich bin schlecht. Ich bin durch und durch schlecht!“ Da schnappt die alte Schuldfrage zu, und die – ehemalige – Fremdgeherin wird sich nun selbst fremd. Die Betrogene hingegen sehnt sich danach, in ihrer Verletztheit von ihrer Geliebten angenommen, getragen und durch neues Vertrauen geheilt zu werden.

Aus meiner Erfahrung in der Paarberatung ist diese prekäre Situation oftmals der Anfang von körperlicher Gewalt in der Beziehung, die meistens von der Frau ausgeht, die sich von der Partnerin betrogen und verletzt fühlt. Wenn die Fremdgeherin die Schuld an der tiefen Krän-

kung der anderen abwehrt und sie womöglich auch noch pathologisiert, sieht diese manchmal keinen anderen Weg als den der körperlichen Gewalt, mit der sie der „Schuldigen“ das Maß an Verletzung zufügen will, das sie selbst in sich spürt. Jetzt wird das Opfer zur Täterin und macht sich ebenfalls schuldig. Der Kreislauf von Schuld, Ohnmacht und Gewalt schließt sich und wird zum Selbstläufer, wenn ihm kein Einhalt geboten wird. Sich einem solchen Scherbenhaufen verantwortlich zu stellen, erfordert ein großes Maß an Bewusstheit und Emanzipation von alten Frauenrollen. Es ist nicht leicht, sich aufrecht hinzustellen und zu sagen: „Ja, ich habe dich verletzt. Es tut mit Leid, und ich will aushalten, dass du böse auf mich bist. Dafür bin ich verantwortlich.“

Wenn es gelingt, sich von dem generellen „Ich-bin-schuld-und-schlecht-Bild“ zu lösen und zu der Einsicht zu kommen, „Ich bin o.k., wenn ich auch manchmal verletzend und gemein bin“, ist ein großer Schritt in die Richtung eines konstruktiven Umgangs mit Konflikten getan.

In meinen Ausführungen habe ich nun nur den Bruchteil einer Gesamtheit von lesbischen Lebens- und Liebeszusammenhängen beleuchtet und wünsche mir, dass Lesben und Expertinnen darüber ins Gespräch kommen. Der Bedarf ist groß, die Umsetzung nicht immer ganz einfach. Über Paardynamik in lesbischen Beziehungen zu reden bedeutet nämlich vor allem, sich dem ganzen feinfaserigen Ballast verinnerlichter patriarchaler Frauenmythen zu stellen, die wir längst überwunden wähten.

Für Frauen sind Konflikte angstbesetzt, und Partnerinnen in lesbischen Beziehungen, die beide eine weibliche Sozialisation haben, müssen zwangsläufig in Verwicklungen geraten, die manchmal ausweglos erscheinen. Wenn Lesben sich jedoch mutig und geduldig auf den Weg machen, diese Verwicklungen zu entwirren, Auseinandersetzungen anzugehen und fairen Streiten zu üben, haben sie große Chancen, sich von den Weiblichkeitshypothesen zu befreien und ein kreatives und lebendiges Lesbenleben zu gestalten.

ZUSAMMENFASSUNG

Ursachen und Entwicklung von Paarkonflikten:

- Paarbildung auf der Basis von Anpassung durch Selbstverlust
- Vermischung bzw. Auflösung von Ich-Du-Grenzen (Identitätsverlust)
- Die entstandene Abhängigkeit produziert Abwehr, Hilflosigkeit und Wut.

Mögliche Folgen bzw. unbewusste Lösungsversuche von Grenz-Konflikten:

- Verweigerung von Sexualität (Grenzziehung zur Rettung des „Rest-Selbst“)
- Sexuelle Affären (Autonomievergewisserung/Abgrenzung zur Partnerin)
- Polarisierung in Schuld und Anklage/Stärke und Schwäche/Brauchen und Gebrauchtwerden (Vermeidung von Kontakt/Abgrenzung)

Therapeutische Hilfestellungen:

- Überprüfung des zu Grunde liegenden Paar(vor)bildes (Symbiose/Differenz ...) unter Einbeziehung des Herkunftmodells (insbesondere der darin enthaltenen Frauenrolle)
- Sensibilisierung für erworbene frauenspezifische Bewältigungsmuster im Beziehungsverhalten (ermöglicht die Identifikation im gesellschaftlichen Kontext und entschärft persönliche Schuld- und Defizitgefühle; lässt differenzierten Blick auf eigene Person und Konfliktverhalten zu)
- Unterstützung der Fähigkeit zur Wahrnehmung von Bedürfnissen und Gefühlen, vor allem von „unharmonischen“ wie Grenzen und Wut
- Unterstützung bei der Kommunikation innerhalb der Beziehung und der jeweiligen Interpretation durch die Partnerin (Zuhören, Nachfragen, bei sich selbst bleiben, Appelle verbalisieren, Verantwortung tragen, Differenzen bewältigen etc.)

ANMERKUNGEN ZUR ANSCHLIESSENDEN DISKUSSION

Die Diskussion in der Arbeitsgruppe verdichtete sich um das Thema Sexualität in lesbischen Beziehungen – insbesondere in langjährigen Beziehungen, in denen die Frauen nur wenig oder überhaupt keine Sexualität mehr leben (und das nicht unbedingt als Mangel werten). Dabei wurden viele Fragen aufgeworfen: Was haben diese Paare stattdessen? Heimeligkeit, Vertrautheit? Reicht das aus? Machen sich Frauen was vor? Sind diese Beziehungen müde? Oder haben sie eine andere Qualität? Wo mangelt es Lesben an Anregungen und Vorbildern für erotische und sexuelle Lebendigkeit, und wo wird auf der anderen Seite um eine sexuelle Normerfüllung gekämpft, die nicht bei den Frauen ansetzt, sondern geprägt ist von Bildern „ewiger Sexlust“? Welche Maßstäbe wenden wir als Therapeutinnen an, wenn wir von der Sexualität auf die Qualität der Beziehung schlussfolgern? Gibt es eine nicht benannte Norm, an der die richtige und falsche Sexualität unter Lesben bemessen wird? Fußt diese vielleicht auf patriarchalischem Leistungsdenken? Welche Kriterien definieren das „Defizit“ und die „Erfüllung“ bei Sexualität unter Lesben? Wie groß darf die Bandbreite der Differenz unter Lesben sein? Wie viel Wertfreiheit ist nötig und wie viel Offenheit ist möglich, um darüber öffentlich ins Gespräch zu kommen?

Angesichts dieser Fragen kamen die Teilnehmerinnen zu dem Schluss, dass über das Thema Sexualität in lesbischen Beziehungen zu wenig geredet werde – man habe es wohl mit einem Tabu zu tun. Dass die Gruppe aus der Vielfalt der angesprochenen Dynamiken innerhalb lesbischer Beziehungen gerade das Thema „Sexualität“ herausgriff, ist vor dem Hintergrund der sonstigen Sprachlosigkeit bezüglich des Themas zu sehen. Die lebendige Diskussion konnte immerhin die gesellschaftlichen und psychischen Kontexte deutlich machen, in denen das Thema Lesbensexualität steht. Bedauert wurde allerdings, dass dafür nur wenig (zu wenig) Zeit zur Verfügung stand. Fast alle Teilnehmerinnen äußerten den Wunsch nach mehr Möglichkeiten zum Austausch über das Thema, z.B. auch in Form von Fachforen.

Funktionelle Sexualstörungen bei lesbischen Frauen

MANUELA TORELLI

Sexuelle Störungen bei lesbischen Frauen? Darf es, kann es sie geben, wo doch lesben- und frauenbewegte Frauen dazu neigen, lesbische Sexualität zu idealisieren? Ich meine ja. Die Opposition gegen die Diskriminierung und Unterdrückung weiblicher und lesbischer Sexualität darf zu keinem Frage- und Denkverbot führen. Die Angst, dass irgendetwas „schon wieder“ an uns falsch sein, als pathologisch oder gestört definiert werden könnte, hindert uns allzu oft daran, über die Freuden und besonders die Leiden unseres Sexuallebens nachzudenken und zu sprechen.

Was nun sind „funktionelle Sexualstörungen“? Wie können Forschungsergebnisse aus „konventioneller“ Sexualwissenschaft und Psychoanalyse für diesen Bereich genutzt werden (natürlich nicht, ohne sie auf ideologierelevante Einflüsse kritisch zu untersuchen)? Ich führe zu diesem Thema eine Studie durch (im deutschen Raum eine Pilotstudie), die auf folgenden Überlegungen basiert:

Lesbische Sexualität kann als spezifische Ausformung weiblicher Sexualität im Rahmen menschlicher Bisexualität¹ verstanden werden, als eine spezifische Form des „Untergangs des Ödipuskomplexes“ (Freud), die ödipale Problematik als eine lebenslange Perspektive der menschlichen Entwicklung betrachtet werden. Lesbische Sexualität, in der bewusst und manifest das gleichgeschlechtliche Liebesobjekt begehrt wird, bedeutet dabei meines Erachtens keinen Ausschluss des gegengeschlechtlichen Begehrens. Vielmehr wird die gegengeschlechtliche Position unbewusst (und selbstverständlich zum Teil auch bewusst) in Form von spezifischen Introjekten² und unbewussten Phantasien integriert, genau wie auch die homosexuelle Position in der heterosexuellen Liebe enthalten ist. Beide sexuelle Orientierungen, die Hetero- wie die Homosexualität, sind ein Versuch, Konflikte aufgrund der menschlichen Bisexualität zu lösen, die wiederum aus der vollständigen (positiven wie negativen) ödipalen Liebe zu erklären ist.

1 in Anlehnung an das Konzept der psychischen Bisexualität nach Freud und seinen Nachfolger(inne)n

2 Introjekt = Ergebnis der Introjektion, der unbewussten Einbeziehung fremder Anschauungen, Motive usw. in das eigene Ich, z.B.: die „verinnerlichten Eltern“

Wie sich die sexuelle Orientierung schließlich entwickelt und welche sexuelle Identität ein Mensch annimmt, scheint mir höchst individuell und kaum generalisierbar. Es ist bekannt, dass sich die sexuelle Orientierung (besser die Liebesobjekte) im Laufe des Lebens ändern können und dass selbst lange nach der Adoleszenz noch homosexuelle (oder auch heterosexuelle) Entwicklungen möglich sind. Solche Entwicklungen sind nicht allein als ein „verspätetes Coming-out“ oder mit einer „Abwehr-Homosexualität“ zu erklären. Dabei darf man natürlich nicht vergessen, dass die sexuelle Entwicklung des/der Einzelnen in einen gesellschaftlichen Rahmen eingebettet ist und dass diese äußeren und nach innen vermittelten Einflüsse höchst relevant sind.

HYPOTHESEN ZUR ENTSTEHUNG SEXUELLER FUNKTIONSTÖRUNGEN BEI LESBISCHEN FRAUEN

Hypothese A:

Sexuelle Funktionsstörungen bei lesbischen Frauen finden sich auf allen Strukturniveaus, in allen Formen der neurotischen Konfliktverarbeitung und bei allen Persönlichkeitsstrukturen und auch -störungen. Dem entsprechend kann man sie auch sehr unterschiedlich erklären; ob es eine überindividuelle Erklärung gibt, ist fraglich.

Hypothese B:

Sexuelle Funktionsstörungen sind Zeichen für Schwierigkeiten bei der Integration genitaler Sexualität. Dabei ist besonderes Augenmerk auf den negativen und den positiven Ödipuskomplex zu richten und zu untersuchen, wie das gleich- und das gegengeschlechtliche Liebesobjekt unbewusst, vorbewusst und bewusst in einer lesbischen Liebesbeziehung repräsentiert wird.

Hypothese C:

Sexuelle Funktionsstörungen bei lesbischen Frauen gehen auf Angst vor der Liebe zum gleichen Geschlecht (Homophobie) oder auch Angst vor der Liebe zum anderen Geschlecht (Heterophobie) zurück.

Hypothese D:

Lesbische Frauen leiden aufgrund ihrer Marginalisierung (ebenso wie schwarze oder unterprivilegierte Frauen in den USA) häufiger unter sexuellen Funktionsstörungen als heterosexuelle (bzw. weiße oder Mittelschichtsfrauen).

Hypothese E:

Die weibliche sexuelle Sozialisation hat einen spezifischen, auch Störungen hervorrufenden Effekt auf die Sexualität von Frauen.

Hypothese F:

Der lesbische Liebesakt ist *an sich* störbar. Weibliche Sexualität wird gesellschaftlich spezifisch entwertet. Beim lesbischen Geschlechtsverkehr begegnen sich zwei Frauen mit zwei „gleichen“ Körpern, einer weiblichen (sexuellen) Sozialisation, spezifischen unbewussten Identifikationen (mit Mutter und Vater) und Phantasien (z.B. über die Urszene). Hier stellt sich die Frage: Wie werden Vagina und Klitoris (die seelische Repräsentation des weiblichen sexuellen Inneren und Äußeren), wie der Phallus (die seelische Repräsentation des sexuellen Inneren und Äußeren beim Mann) in der lesbischen Sexualität erlebt?

Hypothese G:

Lesbische Sexualität dient nicht der Fortpflanzung – eine Funktion, auf die weibliche Sexualität und Identität seit Jahrtausenden reduziert wurde. Die Vorstellung von weiblich-lesbischer Sexualität zum reinen Lustgewinn kann gesellschaftlich offenbar nur dann existieren, wenn sie der Stimulierung männlich-heterosexueller Sexualität dient. Es widerspricht dem Stereotyp des Weiblichen als soziales, auf andere gerichtetes Wesen, wenn Liebe zum Selbstzweck, zur Lust am Leben, zur Freude aneinander wird und nicht mehr im Dienste der Fortpflanzung steht. Andererseits haben viele lesbische Paare Schwierigkeiten damit, dass sie keine „natürliche“ biologische Möglichkeit haben, ein Kind miteinander zu zeugen. Dieser Konflikt ist umso schwieriger zu bewältigen, als dieses „Defizit“ auch das Zentrum der Diskriminierung darstellen kann: Die heterosexuelle Mehrheit „verzichtet“ auf homosexuelles Begehren, ist aber neidisch auf den „Mut“ und die Individualität der lesbischen Minderheit (die zudem auch keine Angst vor ungewollter Schwangerschaft haben muss) und hasst sie dafür. Auf der homosexuellen Seite steht aber auch Neid, nämlich auf die reale und fantasierte Überlegenheit und Potenz der Heterosexuellen, Sexualität und Zeugung miteinander zu verbinden. Damit müssen sich allerdings nicht nur Lesben und Schwule auseinander setzen, sondern auch Männer im Allgemeinen (Bearbeitung des Gebärneides), Frauen jenseits der Wechseljahre, Frauen, die keine Kinder bekommen können, ältere Männer usw.: Es ist dies die schwierige Auseinandersetzung mit menschlicher Begrenztheit und Endlichkeit.

Hypothese H:

Lesbische Frauen unterscheiden sich nicht von heterosexuellen Frauen, außer dass die zusätzliche Problematik des „Andersseins“ je nach Ausprägung der Homosexualität/Bisexualität eine spezifische Beziehungsdynamik in der Primärfamilie ergibt und damit eine spezifische Problematik der Individuation. Welche Auswirkungen das auf das se-

xuelle Erleben, die Genussfähigkeit und das individuelle Sexual- und Beziehungsleben hat, muss untersucht werden.

Hypothese I:

Die gesellschaftliche Liberalisierung hat einen positiven Effekt auf die sexuelle Genussfähigkeit lesbischer Frauen.

EINTEILUNG SEXUELLER FUNKTIONSTÖRUNGEN

Sexuelle Störungen zu klassifizieren ist ein schwieriges Unterfangen. Die Wissenschaftler/innen streiten sich um die richtige Nosologie (Krankheitslehre), Diagnostik und erst recht Behandlung. Arbeitet man mit „Krankheitsbildern“, reduziert man immer eine umfassende Problematik auf ein oder mehrere Symptome. Dennoch wird man um Unterscheidungen nicht herumkommen:

Meine Studie untersucht nicht organisch bedingte, sondern in erster Linie *psychisch* bedingte funktionelle Sexualstörungen bei lesbischen Frauen. In Anlehnung an das „Tableau der Leitsymptome der Sexualmedizinischen Ambulanz der Frankfurter Abteilung für Sexualwissenschaft“ (Sigusch [Hg.] 1996, S. 130) unterscheide ich dabei folgende Gruppen:

1. Appetenzstörungen (gehemmtes oder fehlendes Sexualverlangen)
2. Exzitationsstörungen (Erregungsstörungen), z.B. mangelnde Bildung von Scheidensekret
3. Satisfaktionsstörungen: „nachorgastische Störungen, Gefühle der Gereiztheit, innere Unruhe, Weinkrämpfe, Schlafstörungen und depressive Verstimmungen nach dem Verkehr“ (Sigusch [Hg.] 1996)
4. Schmerzstörungen: z.B. Scheidenkrampf, Klitorisschmerz, alle Formen von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
5. Orgasmusstörungen

Man kann Störungen aber auch nach formalen Kriterien unterteilen (z.B. akute oder chronische, teilweise oder totale, vom Partner/der Partnerin abhängige oder unabhängige, situationsabhängige oder -unabhängige, primäre oder sekundäre usw.) oder mit Sigusch nach der Art und Weise der Störung ordnen: Funktion „fällt aus (z.B. Inappetenz)“, ist „störend geschwächt“, „störend oder krankhaft gesteigert“ oder „atypisch oder krankhaft verändert“ (Sigusch [Hg.] 1996).

LITERATUR

Sigusch (Hg.) 1996

Sigusch, Volker (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung. Stuttgart/New York: Thieme (u.a.) 1996

Lesbische Beziehungsmodelle zwischen „lebendigem Liebesleben“ und „Homo-Ehe light“

MICHAELA ISE

Was ist eigentlich eine lesbische Beziehung? Gehören dazu eine gemeinsame Wohnung oder Kinder? Ist eine lesbische Beziehung immer eine Zweierkiste, oder sind auch andere Konstellationen denkbar? Vor dem Hintergrund der politischen Bemühungen um eine rechtliche Absicherung von Homo-Partnerschaften offenbart sich, wie unterschiedlich die Vorstellungen von solchen Beziehungen sowohl innerhalb der Szene(n) als auch in der Präsentation der Massenmedien eigentlich sind. Hinzu kommt, dass schwule Beziehungen in der Öffentlichkeit viel präsenter sind als lesbische.

Ziel dieses Workshops war, einen Überblick über verschiedene Modelle des Zusammenlebens von lesbischen Frauen zu gewinnen und diese mit den eigenen Vorstellungen zu vergleichen. Darüber hinaus ging es um die Frage, ob der VLSP als lesbisch-schwuler psychologischer Fachverband zum Thema Homo-Ehe öffentlich Stellung beziehen sollte, und wenn ja, wie.

Zur Einführung bearbeiteten die Teilnehmer/innen – rund 25 Frauen und ein Mann – einen fiktiven „Fragebogen zur amtlichen Registrierung einer lesbischen Beziehung“, um eigene Beziehungsvorstellungen zu reflektieren. Darin enthalten waren Fragen nach

- der Beziehungsform (z.B. monogame/offene Zweierbeziehung)
- der Lebensform (z.B. gemeinsame/getrennte Wohnung, Fern-/Internetbeziehung, binationale Partnerschaft)
- Familie und Wahlfamilie (z.B. leibliche/adoptierte Kinder, Kindsvater/-väter, Eltern der Partnerinnen)
- der gewünschten Namensregelung
- dem Wunsch nach Gütergemeinschaft und Versorgungsansprüchen (z.B. Rente, Versicherungen, Unterhalt).

Anschließend wurden unterschiedliche Modelle lesbischer Beziehungen vorgestellt und angeregt diskutiert.

MODELLE DER LESBISCHEN BEZIEHUNG

Die lesbische Beziehung kann aus der Perspektive der Spannungsfelder betrachtet werden, die die Frauen miteinander zu bewältigen haben.



MICHAELA ISE, 4/2000

In der Diskussion wurden folgende Faktoren angesprochen, die in lesbischen Partnerschaften bedeutsam sind und zu Spannungen führen können:

- das Thema Intimität mit der Chance zu außergewöhnlich großer Nähe – und dem Risiko mangelnder Grenzen
- das häufig überdurchschnittliche berufliche Engagement einer oder beider Partnerinnen
- die lesbische Szene als Halt und Identität gebendes soziales Netz, allerdings mit manchmal strengen Normen
- die geteilte Erfahrung von geschlechtsspezifischer Diskriminierung
- der Kontakt zur Ursprungsfamilie (ist z.B. die Freundin auf Familienfeiern willkommen?)
- der manchmal schwierige Kontakt zur „Wahlfamilie“ (z.B. die „Ex“ als beste Freundin)
- der Umgang mit Kinderwunsch bzw. mit Kindern, die in die Beziehung mitgebracht werden
- die Sexualität in Langzeitbeziehungen, die häufig nur noch eine Nebenrolle spielt

In all diesen Spannungsfeldern liegen Chancen für die Frauen, miteinander und aneinander zu wachsen. So wird die persönliche Weiterentwicklung beider Partnerinnen innerhalb und außerhalb der Beziehung zur gemeinschaftsstiftenden Aufgabe.

Das Entwicklungsmodell

Clunis & Green (1995) teilen die Entwicklung lesbischer Beziehungen in folgende Phasen ein:

1. Die Vorbeziehungsphase („Dating“):
 - ist bei Lesben üblicherweise kurz
 - dient dazu, Entscheidungen zu treffen (wie viel Zeit und Energie will ich investieren? Will ich Sex, und wenn ja: wann und wie?)
2. Die verliebte Phase:
 - Wunsch nach Nähe bis zur Verschmelzung; das Fehlen von Umwerbungsritualen unterstützt diese Neigung
 - Schwelgen in vollkommener Harmonie, Idealisierung
 - Vernachlässigung anderer Kontakte
3. Die Konfliktphase:
 - Konfrontation mit nicht erfüllten Erwartungen, Verhandlung über jeweilige Bedürfnisse
 - Die grundlegenden Spielregeln und Kommunikationsmuster der Beziehung entstehen
4. Die Akzeptanzphase:
 - Anerkennung der Partnerin als eigenständiger Mensch mit Stärken und Schwächen
 - Erkennen von Konfliktmustern in der Beziehung
 - Stabilisierung durch gemeinsam bewältigte Konflikte

5. Die Bindungsphase:
 - beinhaltet die Entscheidung für die Beziehung; es wird nicht mehr nach der perfekten Partnerin gesucht
 - Stabilität und Vertrautheit sind entstanden, Wir-Gefühl
 - Vereinbarungen treffen, die es ermöglichen, die individuellen Bedürfnisse zu befriedigen und die gleichzeitig die Beziehung stützen
6. Zusammenarbeit:

Die Partnerschaft hat ein Stadium erreicht, in dem sich die Frauen nicht mehr nur auf sich selbst konzentrieren, sondern z.B. auf ein gemeinsames Projekt über die Beziehung hinaus.

Die sechs Phasen folgen nicht immer dem dargestellten Schema; einzelne Phasen können sich auch wiederholen.

Modelle mit politischem Hintergrund

Vor dem Hintergrund der politischen Diskussion lassen sich vereinfacht zusammengefasst zwei gegensätzliche Beziehungsmodelle nennen, die von unterschiedlichen Gruppen engagierter Lesben mit Entschiedenheit vertreten werden.

Beziehungsmodell „Homo-Ehe“:

definiert sich durch die politische Forderung nach einer rechtlichen Gleichstellung von Homo- und Heteropaaren

- gegenseitige Unterhaltspflicht, Versorgungsansprüche (Rente, Versicherungen)
- gemeinsames Sorgerecht für Kinder
- Steuervorteile durch Ehegattensplitting (umstritten)
- Partnerinnen beerben sich gegenseitig
- Zeugnisverweigerungsrecht, Auskunftsrecht, Aufenthaltsrecht für ausländische Partnerin

Beziehungsmodell „Schlampe“:

versteht sich als Modell für Menschen, die „aus Not, aus guten Gründen oder aus bewusstem politischem Widerstand in sozialen Beziehungsnetzen jenseits von Ehe und Zweierkiste leben und lieben“

- „Liebe in Freiheit, leben in Netzen“
- Forderung nach Gleichstellung aller Lebensweisen
- Beziehungen ohne Besitzanspruch
- Verzicht auf sexuelle Exklusivität als Sicherheit
- Zuneigung und Vertrauen statt Konkurrenz und Besitz
- Selbstvertrauen statt Eifersucht

Mit dem Modell der Homo-Ehe verbinden viele die Orientierung an der heterosexuellen Ehe: eine monogame Zweierbeziehung, evtl. mit Kindern, gemeinsamer Wohnung usw. Die Vertreterinnen dieses Modells gehen davon aus, dass ein Recht auf Ehe für Lesben und Schwule zu mehr gesellschaftlicher Akzeptanz von gleichgeschlechtlichen Lebensweisen führen wird. Anders die Verfechterinnen der Schlampebeziehung: Sie postulieren, dass Zwangsmonogamie zu Besitzansprüchen und hierarchischen Beziehungsstrukturen führt, und beides lehnen sie ab.

DISKUSSION

Vor allem die beiden politisch begründeten Beziehungsmodelle sorgten für reichlich Diskussionsstoff. Beide Konzepte entsprechen nach den Erfahrungen der Teilnehmerinnen nicht der Alltagsrealität von Lesben. Das Schlampemodell der „Beziehungen ohne Besitzanspruch“ wurde zwar als potenziell erstrebenswerte, aber überfordernde Lebensweise gesehen. Eine an der heterosexuellen Ehe orientierte, rechtlich abgesicherte Lesbenbeziehung wiederum kommt nur für wenige Frauen in Frage. Gewarnt wurde hier allerdings auch vor der Gefahr der „Heterophobie“, einem lesbischen Bild von heterosexuellen Ehen, das nur von einer starren Rollenverteilung und Klischeeerfüllung ausgeht. Zugleich

wurde deutlich, dass die Frage der Absicherung im Alter, in Bezug auf eine potenzielle Arbeitsunfähigkeit oder auf Kinder, die in einer lesbischen Familie aufwachsen, für viele brisant ist.

Auf breiter Basis wurde der Wunsch nach einer gesellschaftlichen Entwicklung deutlich, in deren Folge

- Vielfalt respektiert wird,
- die Belange von Frauen/Lesben explizit berücksichtigt werden,
- eine rechtliche Absicherung der gewählten Lebensform (über hetero- und homosexuelle Zweierbeziehungen hinaus) möglich ist und
- jede(r) sich ein gutes Gleichgewicht zwischen Freiheits- und Sicherheitsbedürfnissen schaffen kann.

Lesbische und schwule Psycholog(inn)en können (z.B. über den VLSP) den gesellschaftlichen Prozess unterstützen, indem sie Utopien formulieren und an die Öffentlichkeit tragen. Lesbische Beziehungen mit ihrer Vielfalt und besonderen Qualität können in Zeiten von Patchworkfamilien und Lebensabschnittsgefährte(inn)en auch für andere ein Modell sein.

Langfristiges Ziel wäre eine rechtliche Regelung, die die gesellschaftlichen Realitäten berücksichtigt, den Normdruck des Ehemodells reduziert und es der Einzelnen ermöglicht, sich und ihre Beziehungspartnerinnen ihren Bedürfnissen gemäß abzusichern. Aus psychologischer Sicht ist dabei die Bedeutung von sicheren Beziehungen und klaren Perspektiven für die seelische und soziale Gesundheit herzuheben.

QUELLEN:

Clunis, D. M. & Green, G. Dorsey: Geliebte, Freundin, Partnerin. Orlanda-Frauenverlag 1995

www.LSVD.de oder www.JaWort.de

(Lesben- und Schwulenverband in Deutschland e.V.)

www.comlink.de/graswurzel/aktuell/schlampagne.html

Lesben – Schwule – Kinder: Die Studie der schwul-lesbischen Forschungsgruppe München

WALTER BERGER

Die schwul-lesbische Forschungsgruppe München (Berger, Reisbeck und Schwer) hat 1999 im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen eine Expertise zum Kinderwunsch von Lesben und Schwulen und zur Situation von Kindern homosexueller Eltern erstellt.¹ Die Ergebnisse bildeten die Grundlage der Arbeitsgruppe, in der sich die Teilnehmer/innen mittels einer Selbsterfahrungsübung in die Situation von Kindern homosexueller Eltern bzw. schwul-lesbischer Elternschaft versetzt haben.

Der vorliegende Beitrag stellt die wichtigsten Befunde der Expertise vor: Nach einer zusammenfassenden Auswertung amerikanischer Studien zum Erziehungsverhalten homosexueller Eltern und zum psychischen Befinden der Kinder von Lesben und Schwulen werden die rechtlichen Möglichkeiten zur Realisierung des Kinderwunsches für Lesben und Schwule in Deutschland dargestellt.

LITERATURAUSWERTUNG: AMERIKANISCHE STUDIEN ZUM ERZIEHUNGSVERHALTEN HOMOSEXUELLER ELTERN UND ZUM PSYCHISCHEN BEFINDEN DER KINDER VON LESBEN UND SCHWULEN

Wie gehen Kinder mit dem Coming-out ihrer lesbischen Mutter/ ihres schwulen Vaters um?

Die Untersuchungen zeigen, dass Kinder einen ähnlichen Bewältigungsprozess wie ihre homosexuellen Eltern durchmachen, an dessen „gelungenem“ Ende die Akzeptanz der lesbischen bzw. schwulen Lebensform steht. Jüngere Kinder meistern diesen Prozess meistens besser

¹ Lesben – Schwule – Kinder: Eine Analyse zum Forschungsstand. Die Broschüre kann kostenlos beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Referat Öffentlichkeitsarbeit, 40190 Düsseldorf bestellt werden (Bestellnummer 379, bitte angeben).

als Kinder in der Pubertät. Insgesamt gilt, dass eine unterstützende Umwelt auch für die Kinder eine große Hilfe ist.

Wie steht es um die Erziehungsfähigkeit von lesbischen/schwulen Eltern?

Lesben und Schwule sind genauso wie heterosexuelle Mütter und Väter in der Lage, Kinder zu erziehen. Je offener sie mit ihrer sexuellen Orientierung umgehen können und je befriedigender sie ihre Beziehung erleben, desto besser ist ihr psychisches Wohlbefinden und desto positiver ihr Einfluss auf die Kinder.

Wie wirken sich lesbische und schwule Elternschaft auf das Geschlechtsrollenverhalten und die sexuelle Orientierung der Kinder aus?

Entgegen gängigen Vorurteilen zu den Bereichen Geschlechtsidentität, geschlechtsspezifisches Rollenverhalten und sexuelle Orientierung bei Kindern homosexueller Eltern gibt es keine signifikanten Unterschiede zu Kindern heterosexueller Eltern.

Was bedeutet lesbische und schwule Elternschaft für die Beziehungen der Kinder zu ihrer weiteren sozialen Umwelt?

In der Entwicklung der Kinder lesbischer Mütter und schwuler Väter und bei der sozialen Anpassung bzw. Integration konnten keine Unterschiede zwischen heterosexuellen und homosexuellen Eltern-Konstellationen gefunden werden. Die Befürchtung, dass Kinder aufgrund ihrer spezifischen familiären Konstellation von anderen Kindern und Erwachsenen abgelehnt oder traumatisiert werden, konnte nicht bestätigt werden. Verhaltensauffälligkeiten werden häufig vorschnell auf die gleichgeschlechtliche Lebensweise der Eltern zurückgeführt, statt an gesellschaftliche Vorurteile und Stigmatisierungen gegenüber Lesben und Schwulen zu denken, mit denen auch die Kinder zu kämpfen haben.

Wie beeinflusst lesbische und schwule Elternschaft den Kontakt der Kinder zu beiden leiblichen Eltern, und welche Lebensmodelle ziehen homosexuelle Eltern vor?

Kinder homosexueller Eltern, die aus einer „heterosexuellen Lebensphase“ stammen, haben in der Regel gute Kontakte zu beiden leiblichen Eltern. Lesbische Mütter fördern nachweislich den Kontakt des Kindes zum leiblichen Vater und versuchen, beide Modelle zur geschlechtlichen Identifikation in das Bezugssystem der Kinder zu integrieren. Hinter dem Begriff „homosexuelle Eltern“ steht im Übrigen eine Vielzahl verschiedener Konstellationen leiblicher und sozialer Elternschaft. Es hat sich gezeigt, dass jede Elternkonstellation im Alltag selbstständig die Verantwortlichkeiten aushandelt. Dadurch entsteht für alle Beteiligten eine im Vergleich zu heterosexuellen Familien größere Gestaltungsfreiheit. Innerhalb einer homosexuellen Elternkonstellation sind die Aufgaben und Verpflichtungen oft gerechter verteilt als bei heterosexuellen Paaren. Festgestellt werden konnte aber, dass homosexuelle Eltern bei der Kinderbetreuung oft wenig Unterstützung durch ihre eigenen Eltern bekommen, weswegen sie häufig nichtverwandte Unterstützungssysteme organisieren („Wahlverwandtschaften“).

In der Expertise wurden alle zurzeit verfügbaren Studien zum Thema ausgewertet und zu den eben genannten Thesen verdichtet. Kritisch ist anzumerken, dass die ökonomische Situation, die ethnische Herkunft und das soziale Milieu der homosexuellen Eltern sowie die Vielfalt der Konstellationen zu wenig berücksichtigt werden. Die Stichprobengrößen waren in der Regel sehr klein, und bis auf eine Ausnahme handelte es sich leider nur um Querschnitt-Untersuchungen. Außerdem wurden innerfamiliäre Prozesse, Kommunikationsstrukturen und die Beziehungsqualität nicht untersucht, und es gibt zu wenige Studien über schwule Väter.

Fazit: Eine umfassende, methodisch saubere Längsschnitt-Studie in Deutschland fehlt bisher.

RECHTLICHE MÖGLICHKEITEN FÜR LESBEN UND SCHWULE, IHREN KINDERWUNSCH ZU REALISIEREN

Das Europäische Parlament hat sich in seiner „Entscheidung zur Gleichberechtigung von Schwulen und Lesben in der EG“ vom 8. Februar 1994 (Amtsblatt Nr. C 61/40 vom 28.02.1994) ausdrücklich für ein Eheschließungsrecht für gleichgeschlechtliche Paare ausgesprochen. In Dänemark, den Niederlanden, Schweden und Spanien gibt es inzwischen eine rechtlich registrierte Form der Partnerschaft, ein Recht auf Adoption haben homosexuelle Paare bisher nur in Dänemark und den Niederlanden.

Insemination (künstliche Befruchtung)

Man unterscheidet zwischen der homologen Insemination (Befruchtung einer verheirateten Frau mit dem Samen des Ehemannes) und der heterologen Insemination, der Befruchtung mit dem Samen eines anderen (anonymen) Mannes bzw. der Befruchtung einer unverheirateten Frau. In den USA und den skandinavischen Ländern haben Lesben mittlerweile die Möglichkeit, ihren Kinderwunsch mittels heterologer Insemination zu realisieren. In Deutschland gibt das Embryonenschutzgesetz (EschG) allein den Ärztinnen und Ärzten das Recht, eine Insemination vorzunehmen (vgl. § 9). Alle anderen Personen (z.B. Hebammen, Krankenschwestern oder auch Freundinnen der lesbischen Frauen) machen sich im Falle einer Durchführung strafbar. Straffrei bleibt lediglich eine Frau, welche die Insemination an sich selbst durchführt.

Richtlinien der Bundesärztekammer befürworten eine künstliche Befruchtung nur bei verheirateten Paaren, und zwar bei Unfruchtbarkeit der Frau oder des Mannes. In diesem Zusammenhang ist ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1994 von Bedeutung, nach dem jedes Kind ein Recht auf Kenntnis seiner Abstammung hat (wodurch anonyme Samenspenden unzulässig, wenn auch nicht strafbar werden). Begründet wird das mit dem – weit ver-

breiteten und sich hartnäckig haltenden – (Vor-)Urteil, nur das traditionelle Familienmodell biete die Gewähr für das Kindeswohl und eine „gedeihliche Entwicklung“ des Kindes. Deshalb wird auch allein stehenden Frauen oder kinderlosen unverheirateten Paaren – unabhängig davon, ob heterosexuell oder homosexuell – die Insemination verwehrt.

Diese Situation zwingt deutsche Lesben mit Kinderwunsch zu einer Art „Inseminations-Tourismus“, z.B. in die Niederlande. So berichtete die Berliner „tageszeitung“ in ihrer Ausgabe vom 16.01.1999 von 31 Frauen, die aus Deutschland ins „Leidener Stichting Medisch Centrum voor Geboortenregeling“ reisten, um dort eine Insemination vornehmen zu lassen, die allerdings nur bei vier Frauen zur erwünschten Schwangerschaft führte. Die Kosten für ein auf sechs Fruchtbarkeitszyklen ausgelegtes Verfahren belaufen sich auf etwa 1600 Gulden. Das *rechtliche* Problem der Realisierung eines Kinderwunsches über Insemination wird damit zu einem *finanziellen*, denn nur Frauen mit ausreichender Finanzkraft können sich das Verfahren leisten – insbesondere dann, wenn es beim ersten Versuch nicht funktioniert.

Rein medizinisch gesehen ist die künstliche Befruchtung nicht kompliziert. Samenbanken werden vor allem deshalb genutzt, weil das dort angebotene Spermium von anonymen Spendern stammt und gesundheitlich überprüft ist. Samenbanken in den Niederlanden, Großbritannien oder in den USA unterliegen strengen Bestimmungen; sie bieten den notwendigen Service und nehmen entsprechende Tests vor (u.a. auf HIV). Frauen, die durch Insemination schwanger wurden, können allerdings oft keine staatlichen Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen, weil sie hierfür in der Regel den Vater des Kindes nennen müssten – den sie aufgrund der anonym erhaltenen Samenspende aber gar nicht kennen. Über eugenische Fragen bei der künstlichen Befruchtung gibt es bislang kaum öffentliche Diskussionen, ebenso wenig über die Kosten und eine eventuelle staatliche Kontrolle.

Adoption

In Deutschland können sich Homosexuelle nur als Einzelperson für eine Adoption bewerben. Dazu müssen sie wie alle Antragsteller/innen ein aufwendiges Überprüfungsverfahren durchlaufen. Schwule und Lesben erhalten aber oft ablehnende Bescheide, weil unterstellt wird, homosexuelle Beziehungen seien nicht von Dauer und das Kind werde durch die fehlende Stabilität und Stigmatisierungen seitens der Umwelt unnötigen Belastungen ausgesetzt.

In einer lesbischen oder schwulen Partnerschaft kann rechtlich nur *eine* Person das Sorgerecht für das Kind oder die Kinder übernehmen (lediglich bei einer Pflegschaft sind die elterlichen Rechte gleich verteilt). Für Schwule ist die Pflegschaft oder die Adoption der einzige Weg, ihren Kinderwunsch ohne Beziehungen mit Frauen zu realisieren.

Nach Berichten aus Jugendämtern bewerben sich immer wieder lesbische und schwule Paare, obwohl eine Adoptionsvermittlung an sie nahezu ausgeschlossen ist. Oft stehen diese Paare bereits im Kontakt mit den zur Adoption gewünschten Kindern, da diese aus ihrem Bekanntenkreis stammen. Wichtig in diesem Kontext ist die Erweiterung des Adoptionsgesetzes von 1976 auf Alleinerziehende, wodurch unverheiratete Personen als Antragsteller/innen zugelassen werden können (§ 1741, Abs. 3 BGB). Die *Praxis* der Adoptionsbehörden hat sich dadurch aber nicht wesentlich verändert: Die Adoptionsvermittlungsstellen (meist in staatlicher oder kirchlicher Trägerschaft) bevorzugen verheiratete, bisher kinderlose Ehepaare, die finanziell gut situiert sind. Außerdem haben die leiblichen Eltern ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Personen und teilen meist diese Vorlieben. Der geringen Anzahl der Kinder, die zur Adoption freigegeben werden, steht seit Jahrzehnten eine Flut von Anträgen gegenüber – auf jedes Adoptivkind kommen in der Regel zehn Bewerbungen.

Es gilt folgende Formen von Adoption zu unterscheiden:

- die so genannte Stiefeltern- oder Nahestehenden-Adoption von Kindern des Lebensgefährten bzw. der Lebensgefährtin

- die internationale Adoption, die aufgrund der weniger restriktiven Gesetzgebung in anderen Ländern gewählt wird
- die Adoption nach einer Pflegschaft, der meist nur bei älteren, behinderten oder psychisch kranken Kindern oder Jugendlichen zugestimmt wird.

In Einzelfällen haben Lesben die Adoptionserlaubnis für die Kinder ihrer verstorbenen Partnerin erhalten („Stiefeltern-Adoption“). Beim Tod der biologischen Mutter konnte die Co-Mutter das Sorgerecht in Anspruch nehmen, wenn sie nachwies, dass sie gleichermaßen Bezugsperson der Kinder war. In den USA gibt es seit den 80er Jahren den Kampf um das Adoptionsrecht für die Co-Elternschaft oder Nahestehenden- bzw. Stiefeltern-Adoption der Kinder. 1995 gab es erste Prozesse von Frauen, die vor Gericht in diesem Sinne erfolgreich waren. Ein großer Anteil der Adoptionsanträge von Co-Müttern entspringt dem Bedürfnis, in alltäglichen Situationen (z.B. Besuchsrecht im Krankenhaus, Arztbesuche usw.) der leiblichen Mutter rechtlich gleichgestellt zu sein und verantwortlich für das Kind Entscheidungen treffen zu können. Homosexuelle Eltern haben darüber hinaus damit zu rechnen, dass nach dem Tod des leiblichen Elternteils dessen Verwandte ihren gesetzlichen Anspruch auf das Sorgerecht für das Kind erfolgreich gegenüber dem Co-Elternteil durchsetzen können, auch wenn dieser die wichtigste Bezugsperson für das Kind ist.

Chancen auf ein erfolgreiches Adoptionsverfahren haben lesbische und schwule Paare vor allem bei ausländischen Kindern. Allerdings geben sie sich im Ausland meist nicht als Homosexuelle zu erkennen, sondern treten offiziell als allein stehend auf.

Pflegschaft

Eine Pflegschaft können grundsätzlich sowohl verheiratete als auch unverheiratete Paare übernehmen, ebenso Einzelpersonen oder mehrere Erwachsene, die in häuslicher Gemeinschaft leben. Rechtlich gesehen ist es möglich, dass Homosexuelle sich als allein Erziehende oder als Paar um eine Pflegschaft bewerben. Sie werden – wie andere Bewerber/innen auch – einer allgemeinen Prüfung unterzogen. Die Jugendämter stellen an Personen, die eine Pflegschaft übernehmen möchten, folgende Anforderungen:

- körperliche und geistige Gesundheit, die anhand eines Gesundheitsattestates überprüft wird
- persönliche und pädagogische Eignung, die durch Gespräche und Hausbesuche von Mitarbeiter(inne)n des Jugendamtes festgestellt wird
- ausreichend Wohnraum, finanzielle Absicherung
- keine Eintragungen im polizeilichen Führungszeugnis
- Bereitschaft, voll für die Bedürfnisse der Kinder zur Verfügung zu stehen und dazu notfalls die Berufstätigkeit einzuschränken oder phasenweise auszusetzen.

Deutschlandweit sind inzwischen einige Fälle bekannt geworden, in denen Lesben und Schwule als Einzelperson oder als Paar die Pflegeerlaubnis erhielten, obwohl sie ihre Homosexualität bei der Antragstellung offen legten. Eine positive Einstellung der Mitarbeiter/innen des jeweiligen Jugendamtes führt dann auch meist die Zustimmung der leiblichen Eltern herbei. Nichtsdestotrotz sind aber nach wie vor auf beiden Seiten nicht selten Vorurteile gegenüber homosexuellen Paaren anzutreffen.

Pflegekinder haben häufig problematische Erfahrungen aus der früheren Familiensituation zu bewältigen. Der Umgang mit diesen Kindern, die möglicherweise unter der Trennung ihrer leiblichen Eltern gelitten haben oder in Kinderheimen zu wenig emotionale Unterstützung erfahren haben, erfordert pädagogisches Einfühlungsvermögen und Geduld. Nicht selten erinnern sich die Kinder an die Vernach-

lässigung durch ihre Eltern, sind neuen Erziehungspersonen gegenüber skeptisch und stellen diese besonders am Anfang auf eine harte Geduldssprobe. Darüber hinaus steht Pflegekindern jederzeit der Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie offen, was seitens der Ersatzeltern gewährleistet werden muss. Dadurch kommt es oft zu einer Konkurrenz um die Kinder.

Im Gegensatz zu Adoptivkindern ist Pflegekindern sehr wohl begreiflich, warum sie nicht mit ihrer Herkunftsfamilie leben dürfen. Drogen- und Alkoholprobleme, Arbeitslosigkeit oder psychische Erkrankungen der leiblichen Eltern führen teilweise zur Vernachlässigung oder sogar zu schweren Misshandlungen der Kinder. Nicht alle Pflegekinder aber kommen aus problematischen Verhältnissen. Manche Eltern sind ihren Erziehungspflichten nur zeitweise nicht gewachsen und geben ihre Pflichten im Sinne der Kinder vorübergehend ab. Das Sorgerecht bleibt bei den leiblichen Eltern; die Befugnisse der Pflegeeltern und die Aussichten, das Kind auf Dauer zu versorgen, sind besonders unter diesen Bedingungen begrenzt. Pflegekinder können irgendwann wieder in ihre Herkunftsfamilien zurückgeschickt werden, falls es die Verhältnisse erlauben. Besteht ein Pflegeverhältnis allerdings bereits zwei Jahre oder länger, wird in der Regel die Rückkehr des Kindes zu den biologischen Eltern abgelehnt.

Co-Elternschaft

Co-Eltern übernehmen gemeinsam mit einem biologischen Elternteil Verantwortung für Kinder. Für diese Form „sozialer Elternschaft“ gibt es bislang in Deutschland keinerlei rechtliche Absicherung. Es ist möglich, dem Co-Elternteil einige Befugnisse per Vollmacht zu übertragen. Stammen die Kinder von Lesben und Schwulen aus einer heterosexuellen Lebensphase, sind die Verpflichtungen gegenüber der leiblichen Mutter oder dem leiblichen Vater anders gelagert, als wenn sich ein Paar gemeinsam für ein Kind entscheidet (z.B. über Insemination). Den Co-Eltern wird in keinem Fall eine rechtlich abgesicherte Position zugestanden. Dies betrifft alle Rechtsbereiche, die für das Zusammenleben

von Erwachsenen und Kindern relevant sind, wie etwa das Miet-, Steuer- und Wohnrecht.

Co-Elternschaften gibt es auch in erweiterten Formen, wenn z.B. eine Lesbe und ein Schwuler, die beide in einer Partnerschaft leben, zusammen ein Kind haben. (Diese Paare können z.B. in einer Hausgemeinschaft leben, oder das Kind pendelt zwischen den Wohnungen hin und her.) Verantwortlichkeiten und finanzielle Absicherung müssen hier genau festgelegt werden, außerdem sind ein enges und vertrauensvolles Verhältnis zwischen den Eltern und gemeinsame Wertvorstellungen nötig. Hilfreich für solche „unkonventionellen Familien“, die neue Wege beschreiten, sind klare Grundregeln zu Kindererziehung, Partnerschaft, Geld, Wohnort, erweitertem Familienverband, Zeit und Verpflichtungen.

Schwule Jugendliche: Lebenssituation und psychosozialer Hilfebedarf

ULRICH BIECHELE

Unsere Vorstellungen von schwuler Identitätsentwicklung beruhen weitgehend auf der Grundlagenforschung, die in den westlichen Ländern in den siebziger und frühen achtziger Jahren durchgeführt wurde. In Deutschland ist diese Forschung vor allem mit dem Namen Martin Dannecker und seinem Standardwerk „Der gewöhnliche Homosexuelle“ verbunden (Dannecker/Reiche 1974). In den späteren achtziger und den neunziger Jahren stand Schwulenforschung fast ausschließlich im Zeichen von AIDS. Heute stellt sich die Frage, ob der Prozess des Schwulwerdens und die schwule Jugendzeit inzwischen anders aussehen als damals.

Zu diesem Zweck hat die schwul-lesbische Forschungsgruppe München im Auftrag des niedersächsischen Sozialministeriums eine Erhebung unter schwulen Jugendlichen und jungen Männern im Alter zwischen 15 und 25 Jahren durchgeführt. Das Sample umfasst 353 Teilnehmer, von denen 49% über einen ausgedruckten Fragebogen und 51% über Internet befragt wurden.¹ Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt. Die gesamte Untersuchung mit ihren Teilen Coming-out, schwule Identität, Verhältnis der schwulen Generationen, Liebe und Sexualität, Alltagsbelastung, psychosoziale Gesundheit, gesellschaftliche Partizipation, Zusammenhang von Sexualität und Identität sowie Konsequenzen für Familien-, Schul- und Jugendhilfepolitik wird das niedersächsische Sozialministerium im Frühjahr 2001 der Öffentlichkeit vorstellen.

¹ Der ausgedruckte Fragebogen wurde zum kleineren Teil über die Zeitschrift *Hinnerk* und zum größeren Teil über schwul-lesbische Straßenfeste und Jugendgruppen in Hannover verteilt; im Internet verwies ein Link auf der Homepage des Projekts *Hin und wech* der Niedersächsischen AIDS-Hilfe auf die Untersuchung.

COMING-OUT: WANN UND WIE WIRD MAN SCHWUL?

Sich damit zu beschäftigen, dass man sich zum gleichen Geschlecht hingezogen fühlt, bedeutet nach wie vor, sich auf unsicheres Gelände zu wagen; und wenn das Gefühl zur Sicherheit wird, gilt es, die Zugehörigkeit zu einer verachteten Minderheit in das eigene Selbstbild zu integrieren. Durchschnittlich waren die Befragten 13,4 Jahre alt, als sie zum ersten Mal dachten, sie könnten vielleicht schwul sein – bei den Teilnehmern aus dem Internet war das übrigens etwa ein Jahr später als bei jenen, die den gedruckten Fragebogen ausfüllten. Mehr als drei Viertel (75,6%) kannten zu diesem Zeitpunkt keine Schwulen, hatten also keine Vorbilder, die ihnen ein schwules Leben vorleben konnten. Männer, deren Homosexualität bekannt ist, tauchen aber in den Medien auf. Wir haben gefragt, welche prominenten Schwulen unsere Teilnehmer kennen. Alfred Biolek ist mit 144 Nennungen der einsame Spitzenreiter.

Die Jugendliche sehen sich schließlich auch im privaten Leben bewusst nach anderen Schwulen um. Mit durchschnittlich 16,7 Jahren waren die Befragten sicher, schwul zu sein (bei den Internet-Teilnehmern stellte sich diese Sicherheit wiederum ein Jahr später als bei den über Papier-Bogen Befragten ein). Zu diesem Zeitpunkt kannte bereits knapp die Hälfte von ihnen (43,4%) andere Schwule im privaten Umfeld. Umgekehrt bedeutet dies allerdings, dass die Mehrzahl der Jugendlichen den Prozess des inneren Coming-out ohne persönlichen Kontakt zu anderen Schwulen bewältigen muss. Wir wollten wissen, ob das Schwulwerden heute von den gleichen Konflikten begleitet ist wie vor dreißig Jahren, als Martin Dannecker (op. cit.)² die erste (und einzige) Grundlagenerhebung durchführte. Unsere einleitende Frage lautete: „Wie fühltest du dich, als du dir zum ersten Mal sicher warst, schwul zu sein?“ (Mehrfachnennungen möglich):

² Im Unterschied zu unserer Erhebung befragte Dannecker Schwule aller Altersklassen, d.h. die Frage bezieht sich auf ein Ereignis, das irgendwann ca. zwischen 1930 und 1970 stattfand

	Dannecker (1971/74) (%)	SLFM (1998/2001) (%)
fürchtete mich vor der Zukunft	34	43
war beunruhigt	45	38
war froh	11	26
war glücklich	17	26
war stolz	4	22
dachte, Sex mit Männern ist falsch	25	11
fühlte mich schuldig	16	8

Diese Zahlen sprechen alles in allem nicht für umwälzende Veränderungen dahin gehend, dass Gefühle von Angst und Sorge heute weniger bestimmend wären als vor 30, 50 oder gar 70 Jahren. Allerdings werden heute wesentlich häufiger positive Gefühle wie Stolz genannt – vermutlich ein Erfolg der Schwulenbewegung. Vergleicht man die Altersgruppen bei unserer Befragung, überwiegen jedoch bei den Teilnehmern, die älter als 20 Jahre sind, die negativen Gefühle, bei den jüngeren die positiven.

Die wichtigste Frage zu Beginn des Coming-out ist: Wem kann ich es erzählen? Anderthalb Jahre nachdem er sich seiner Homosexualität sicher ist – mit durchschnittlich 18,2 Jahren (Internet zwei Jahre später als Papier-Fragebogen) – informiert der junge Schwule die erste Person über seine Homosexualität. 9% der Teilnehmer sind in diesen Mittelwert nicht eingerechnet, weil sie sich zum Zeitpunkt der Befragung entweder noch nicht geoutet haben oder keine Angaben machen. In den meisten Fällen werden Zugehörige der privaten *peer-group* als erste ins Vertrauen gezogen. Bei 32,3% ist es ein Freund und bei 25,8% eine Freundin. Insgesamt 21,2% nennen ein Familienmitglied; an erster Stelle steht hier die Mutter mit 8,5%, gefolgt von der Schwester mit 3,7%, und dem Bruder mit 2,5%. Dem Vater gegenüber öffnen sich nur 0,6% zuerst; bei 5,9% sind es sonstige Familienangehörige. Während jeweils über 85% der Freundinnen, Freunde und Schwestern und knapp 75% der Brüder die Homosexualität spontan akzeptieren, tun

sich die Eltern damit schwerer. Outing bei den Eltern ist überhaupt ein heikles Thema, wobei sich die Angaben aus dem Internet und dem gedruckten Fragebogen deutlich unterscheiden. Während 82,8% aus der Fragebogen-Erhebung sich bei der Mutter und 71,1% beim Vater geoutet haben, sind es bei den Internet-Teilnehmern nur 55,0%, die die Mutter und 40,6%, die den Vater informiert haben. Nach dem Mitteilen akzeptieren 43,2% der Mütter und 34,2% der Väter spontan die Homosexualität ihres Sohnes. Ein knappes Fünftel der Mütter und ein gutes Viertel der Väter lehnt sie bis heute ab. Das heißt: Bei einer zufällig gezogenen Stichprobe von schwulen 15- bis 25-Jährigen verschweigt fast die Hälfte dem eigenen Vater das Schwulsein, und immerhin ein Viertel der anderen Hälfte muss damit leben, als Schwuler vom Vater nicht angenommen zu werden.

LIEBE UND SEXUALITÄT

Die sexuelle Sozialisation schwuler Jugendlicher unterscheidet sich grundlegend von den normativen kulturellen Vorstellungen (verliebt, gepoppt, verlobt). Wie empirische Forschungen belegen, leben heterosexuelle Jungen weitgehend nach dieser kulturellen Norm. Wiesner und Silbereisen (1996) befragten westdeutsche Jungen im Alter von 13 bis 19 Jahren u.a. zu Liebe und Sexualität. Aus den Antworten auf die Frage „Wie alt warst du, als du das folgende Ereignis zum ersten Mal erlebt hast?“ ermittelten sie jeweils einen geschätzten Median (d.h.: in diesem Alter hat genau die Hälfte ein Ereignis schon erlebt und die andere Hälfte noch nicht):

zum ersten Mal richtig verliebt sein:	15,2 Jahre
erste sexuelle Erfahrungen machen:	16,7 Jahre
erste feste Freundin:	16,8 Jahre.

Sex und Beziehung sind hier also sehr zeitnah miteinander verschränkt. Bei den von uns befragten schwulen Jugendlichen ergibt sich ein anderes Bild:

zum ersten Mal richtig verliebt sein:	16,9 Jahre
erste sexuelle Erfahrungen machen ³ :	16,7 Jahre
erster fester Freund:	19,3 Jahre

Ob homo oder hetero – im 17. Lebensjahr haben die meisten männlichen Jugendlichen sexuelle Erfahrungen. Anders als bei den Heterojungs geht der Sex bei jungen Schwulen mit dem ersten richtigen Verliebtsein, nicht aber mit dem ersten Freund einher. Was heißt das? Verliebt sein und Sex haben, ohne in Beziehung zu treten? Wer Jugendliche kennt, wird diese Hypothese relativ absurd finden. Vielmehr wird durch die sexuelle Erfahrung – die ja statistisch am Anfang steht – die schwule Liebesfähigkeit entfesselt; jetzt ist die Sehnsucht nicht mehr zu verleugnen. Allein, die *peer-group*, in die diese Sehnsucht getragen werden kann („Willst du mit mir gehen?“), fehlt in der Regel. Was es gibt, ist die schwule Szene, in der es vor allem um Sex geht. Wenn denn von einer schwulen Pubertät überhaupt gesprochen werden kann, so vollzieht sie sich nur „halb“: Sex kann man einfach haben – Liebe sehr viel schwerer. Auf den passenden Mann für eine feste Liebesbeziehung muss der Jungschwule dann im Mittel noch ganze zweieinhalb Jahre warten (im Gegensatz zu den Heteros, bei denen „nur“ eineinhalb Jahre zwischen Verliebtsein ohne Sex und Beziehung mit Sex vergehen). Genau zwei Drittel unserer Teilnehmer hatten übrigens schon einmal einen festen Freund, davon knapp die Hälfte für weniger als ein halbes Jahr. Eine feste Freundin hatten 30%. Unter diesen finden sich überwiegend diejenigen, die noch nie oder für weniger als ein halbes Jahr einen festen Freund hatten.

Sexuell aktiv und ohne Partner – lassen wir das einmal als prototypische schwule Lebensform zwischen 16 und 20 stehen. Man kann sich das biologisch erklären: Männer wollen eben Sex und keine Bindung – die gehen sie nur den Frauen zuliebe ein, wenn sie sich denn vom anderen Geschlecht angezogen fühlen. Man kann aber auch – und

³ Diese Frage wurde ohne inhaltliche Vorgabe gestellt. An anderer Stelle der Erhebung wurde nach dem Alter beim ersten Sex mit einem Mann gefragt. Der Median stimmt mit dem hier angegebenen überein.

das legen unserer Ansicht nach die z.T. sehr ausführlichen Antworten auf die offenen Fragen eher nahe – den Bindungswunsch erkennen. Und dieser Bindungswunsch wird nicht nur von der statistischen Verteilung potenzieller Liebespartner torpediert (es gibt eben nur so wenige), sondern auch von vielerlei sozialen Normen, die in Familien, den Schulen (den beiden homophobsten Orten, wie wir an anderer Stelle sehen werden), im Freundeskreis usw. vorgelebt werden. Welcher Auszubildende oder Oberstufenschüler kann schon selbstverständlich in seinem sozialen Milieu einen Geliebten haben? Zugleich steht dem Bindungswunsch aber auch die soziale Norm der schwulen Subkultur gegenüber: der hohe Stellenwert sexueller Freiheit und der hohe Jagdwert von „Frischfleisch“.

PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT

Im Jahr vor der Erhebung hatten sich die Teilnehmer durch folgende Umstände „sehr“ oder „ziemlich“ belastet gefühlt:

Partnerschaftsprobleme/Liebeskummer	54,4%
Einsamkeit	47,3%
Sorgen wegen AIDS	39,5%
wie ich andere Schwule kennen lerne	36,8%
unzufrieden mit dem Sexualleben	34,2%
Outing in der Familie	33,1%
Outing bei Freunden	19,9%
Outing in der Schule/am Arbeitsplatz	15,7%
Angstzustände	14,3%
Alkohol	11,4%
moralische Probleme mit dem Schwulsein	6,2%
andere Drogen (als Alkohol)	4,4%

Die belastenden Momente sind also eindeutig überwiegend mit Problemen im Zusammenhang mit Liebe und sozialen Beziehungen verknüpft. Erstaunlicherweise zeigen sich die Internet-Teilnehmer von fast allen Faktoren bis auf Angst, Drogen und Liebeskummer höher belastet; unter den Vorgaben „wie ich andere Schwule kennen lerne“ und „Sorgen wegen AIDS“ sind sie annähernd doppelt so oft wie die anderen Befragten zu finden.

In den USA kam eine Studie, die zu Beginn der neunziger Jahre von D'Augelli und Hershberger (1993) durchgeführt wurde, zu ganz anderen Ergebnissen: Dort wurde damals die Belastung durch AIDS, Outing und Drogenkonsum in weitaus höherem Maße wahrgenommen, während weniger Probleme mit Einsamkeit, Sexualität oder Liebeskummer genannt wurden.

Die Mehrzahl der bisherigen Veröffentlichungen zur psychosozialen Situation von schwulen Jugendlichen stellt bei diesen als spektakulärstes Ergebnis meist eine erschreckend hohe Suizid(versuchs)rate fest. Den höchsten Wert – 42% – ermittelten D'Augelli und Hershberger in ihrer Untersuchung. In Deutschland sorgte zuletzt eine Studie der Senatsverwaltung in Berlin für Aufsehen, wonach 18% der 111 Befragten bereits einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich und 56% bereits an Selbstmord gedacht hatten (SNSJS Berlin 1999). In unserer Stichprobe haben 8,2% einen oder mehrere Suizidversuche verübt; 18,1% hatten ernsthaft an Selbstmord gedacht, und weitere 42,5% haben sich damit beschäftigt, allerdings „nicht ernsthaft“.

Ich sehe bei unseren im Vergleich zu den Berliner Daten einen Unterschied und ein Gemeinsames: Unsere Daten wirken auf den ersten Blick weniger dramatisch. „Nur“ jeder zwölfte junge Schwule aus einer Zufallsstichprobe hat schon versucht, sich umzubringen (einer von zwölf wohlgemerkt, trotzdem ist das nach meinen Erkenntnissen die niedrigste jemals berichtete Rate). Dieser Unterschied dürfte durch einen „clinical bias“, eine klinische Verzerrung, zu erklären sein: Die meisten Studien über junge Lesben und Schwule werden im Rahmen von mehr oder weniger professionell betreuten Jugendgruppen durchgeführt. Wer als Jungschwuler psychische Probleme hat, wird eher ein solches Umfeld aufsuchen, in dem er kompetente Unterstützung er-

warten kann. Insofern haben wir es bei Studien innerhalb der Community u.U. nicht nur mit einem Szenen-, sondern auch mit einem klinischen Bias zu tun. Beiden deutschen Studien ist jedoch gemeinsam, dass für drei Viertel aller schwulen Jugendlichen zumindest einmal im Leben Selbstmord ein Thema ist – und das ist ernst genug.

Von den zahlreichen Fragen, die wir zum Thema „psychische Gesundheit“ gestellt haben, möchte ich nur einen Befund herausgreifen, der uns am meisten – man kann schon fast sagen – schockiert hat: Mehr als jeder Vierte der Befragten (25,4%) hat bereits fachliche psychologische Hilfe in Anspruch genommen. Die folgende Zusammenstellung listet die genannten Gründe auf, aus denen sich die Teilnehmer in eine Behandlung begeben. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Befragten; um einen Anhaltspunkt zu bekommen, wie groß dieser Anteil bezogen auf die klinische Gruppe ist, die Hilfsangebote nutzt, kann man diesen Wert mal vier nehmen. Wo es möglich war, haben wir entsprechende Daten für die gleichaltrige männliche Jugend gegenübergestellt.

Inanspruchnahme	schwul	männliche Jugend allgemein
Rate insgesamt	25,4	< 10
Gründe (Mehrfachnennungen)		
Depression	15,0	5
Ängste	11,0	7
familiäre Probleme	9,3	
Liebeskummer/Partnerschaftsprobleme	7,1	
Einsamkeit	6,5	
Suizidgefahr	4,8	
Coming-out-Probleme	4,5	
Schulprobleme	3,4	

Die Vergleichsdaten zur allgemeinen männlichen Bevölkerung sind mit sehr viel Vorsicht zu interpretieren – zum einen, weil unser Messinstrument eher unspezifisch ist, zum anderen aber vor allem, weil es entsprechende Untersuchungen zur Nutzung psychologischer Hilfe nicht gibt. Die Europäische Kommission beziffert die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei 15- bis 24-Jährigen mit 15–20% (Europäische Kommission 2000). Mädchen sind, vor allem was Depressionen betrifft, stärker betroffen als Jungen. Die Rate der Inanspruchnahme professioneller Hilfe wird, je nach Erkrankung, mit ca. 50% oder leicht darunter angegeben (Wittchen/Nelson/Lachner 1998; Marttunen/Pelkonen 1998). So können wir davon ausgehen, dass insgesamt weniger als 10% der männlichen 15- bis 25-Jährigen in ihrem Leben bereits psychologische bzw. medizinisch-psychiatrische Hilfe angenommen haben. Wittchen/Nelson/Lachner geben für eine untersuchte Kohorte von 14- bis 24-Jährigen bei einer Lebenszeit-Prävalenz von 16,8% für Depressionen eine Rate von 27% Inanspruchnahme an. Das heißt: Von denjenigen, die in ihrem Leben schon an einer Depressionen gelitten haben – nämlich 16,8% – nutzen 27% professionelle Hilfsangebote. Umgerechnet bedeutet dies, dass knapp 5% dieser Altersklasse bereits wegen Depression behandelt wurden. Für Angsterkrankungen ergibt sich bei einer Prävalenz von 14,4% und einer Nutzungsrate von 50% ein Wert von 7%. Diese Zahlen zeigen ganz deutlich, dass vor allem die Belastung mit Depressionen in unserer Untersuchungsgruppe drastisch erhöht ist. Falls die Quote derjenigen, die Hilfe in Anspruch nehmen, derjenigen in der Allgemeinbevölkerung entspricht (ein Viertel), kann man davon ausgehen, dass zwischen 50 und 60% aller Schwulen im Alter von 25 Jahren bereits mindestens einmal in ihrem Leben eine Depression durchgemacht haben.

Welche Erfahrungen unsere Teilnehmer mit den Einrichtungen gemacht haben, soll ebenso wie die Auswertung und Diskussion der anderen Untersuchungsdimensionen einer späteren Veröffentlichung überlassen bleiben.

LITERATUR

D'Augelli/Hershberger 1993

D'Augelli, A./Hershberger, S. L.: Lesbian, gay, and bisexual youth in community settings. Personal challenges and mental health problems. In: *American Journal of Community Psychology*, 21(4), 421–448

Dannecker/ Reiche 1974

Dannecker, M./Reiche, R.: *Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche Homosexuelle in der Bundesrepublik.* Frankfurt am Main 1974

Europäische Kommission 2000

Europäische Kommission: Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der europäischen Union. Luxemburg 2000

Marttunen/Pelkonen 1998

Marttunen, M./Pelkonen, M.: Phenomenology of adolescent Depression. In: *Psychiatria Fennica*, 29, 29–39

SNSJS Berlin 1999

Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport: Sie liebt sie. Er liebt ihn. Eine Studie zur psychosozialen Situation junger Lesben, Schwuler und Bisexueller in Berlin. Berlin 1999

Wiesner/Silbereisen 1996

Wiesner, M./Silbereisen, R.: Lebenslaufereignisse und biographische Muster in Kindheit und Jugend. In: Silbereisen, Rainer K., Laszlo A. Vaskovics u. Jürgen Zinnecker (Hrsg.): *Jungsein in Deutschland. Jugendliche und junge Erwachsene 1991 und 1996*, Opladen 1996, 185–198

Wittchen/Nelson/Lachner 1998

Wittchen, H.-U./Nelson, C. B./Lachner, G.: Prevalence of Mental Disorder and Psychosocial Impairments in Adolescents and Young Adults. In: *Psychological Medicine*, 28, 109–126

Suchtmittelmissbrauch und Suchtverhalten bei schwulen Männern

CHRISTOPH-PETER TEICH

Wann und warum eine Person von einem Suchtmittel abhängig wird und eine andere unter ähnlichen Bedingungen nicht, ist nicht völlig klar. Es gibt jedoch unterschiedliche Erklärungsmodelle, die von der Sicht des jeweiligen Betrachters abhängen. In dem Workshop wurden die am häufigsten anzutreffenden Modelle plakativ dargestellt und diskutiert. Die anwesenden Therapeuten hatten die Gelegenheit, zu jedem Aspekt ihre Erfahrungen mit schwulen Patienten einzubringen. Die Ergebnisse sind in **Fettdruck** stichpunktartig beigefügt.

SOZIOLOGISCHE PERSPEKTIVE:

Unsere derzeitige gesellschaftliche Situation – die weitgehende Auflösung der Großfamilie, höhere Scheidungsraten, der Wegfall von Traditionen, Isolation und Anonymität in den Großstädten – begünstigt Sucht. Was auf der einen Seite ein Mehr an Freiheit bringt, bedeutet auf der anderen Seite den Verlust an Halt und Geborgenheit. Fromm bezeichnet Abhängigkeit als „Angst vor der Freiheit“.

Schwule erleben mehr sexuelle und „familiäre“ Freiheiten. Zur Herkunftsfamilie besteht aufgrund der Homosexualität häufig eine problematische Bindung. Die eigene Familiengründung ist in der Regel nicht möglich. Vergleichsweise häufig werden neue Partnerschaften eingegangen; der Wechsel von einem zum nächsten Partner ist nicht selten von Krisen begleitet. Die schwule Szene wird zum Familienersatz.

LERNTHEORETISCHE PERSPEKTIVE:

Kinder und Jugendliche betrachten Erwachsene auch dann als Modell, wenn es um den Umgang mit Konfliktsituationen geht. Ihnen wird vorgelebt, Unlustgefühle zu vermeiden und Drogen (vor allem Nikotin und Alkohol) als „Problemlöser“ einzusetzen. Konsumfreudiges Verhal-

ten als kurzfristige Hilfe ersetzt das Akzeptieren negativer Gefühle und den Einsatz von Kreativität.

Szenegänger erleben ihre Vorbilder in der Peergroup, in der sich in der Regel eigene Alkohol- und Drogengebrauchsmuster herausgebildet haben. Das Suchtmittel schafft kurzfristige Erleichterung bei frustrierenden Erlebnissen. Unangenehme Gefühle (Einsamkeit, Enttäuschung, Liebeskummer, Verzweiflung, Lebensängste, Depressionen) werden nicht ausgehalten, sondern mit Suchtmitteln wie mit einem Medikament bekämpft. Zumindest bei Szenegängern spielen Introjekte¹ wie z.B. „Ich muss immer gut drauf sein“ oder „Ich muss sexuell erfolgreich sein“ eine bedeutende Rolle. Es ist schwierig, ein positives Modell in älteren Schwulen zu finden, die sich meist aus der Szene zurückgezogen haben. Aber auch den älteren Schwulen fehlt das Modell, das bei heterosexuellen Männern der Vater ist.

THEOLOGISCHE PERSPEKTIVE:

Durch zunehmenden Werteverlust und religiöse Leere wird ein wichtiges Grundbedürfnis des Menschen nach Sinngebung nicht befriedigt. Drogen machen die Sinnkrise erträglich.

Oben genannte Introjekte sind als geistige Werte unzureichend. In der Therapie wird noch eher über Sexualität als über Spiritualität oder Religion gesprochen. Eine Suchttherapie, die nur auf Suchtabstinenz abzielt, ist unzureichend.

¹ Introjektion: Aufnahme fremder Anschauungen, Motive und dergl. in das Ich. Grundvorgang der Identifikation. Der Begriff wurde von FERENCZI eingeführt und als Einbeziehung des Objektes in den subjektiven Interessenskreis, als Verinnerlichung eines äußeren Objektes definiert. (Dorsch Psychologisches Wörterbuch)

PÄDAGOGISCHE PERSPEKTIVE:

Wechselnde Erziehungsstile lassen für Kinder und Jugendliche die Welt als unberechenbar erscheinen. Zu große Fürsorge und einseitige Verwöhnung führen zu der Erwartung, dass Bedürfnisse auch später immer befriedigt werden müssen. Vernachlässigung in der Erziehung gibt keine Orientierungshilfen. Drogen stehen hier für etwas Beständiges, für die Vermeidung von Frustration und für fehlenden Halt und Geborgenheit.

Eine häufig beschriebene enge Mutterbindung bei Schwulen führt zu einem verwöhnenden Erziehungsstil. Eine männliche Identifikationsfigur fehlt.

KULTURELLE PERSPEKTIVE:

Drogen wurden in allen Kulturen bei bestimmten religiösen Ritualen eingesetzt. Im Christentum wird dabei Alkohol verwendet. In jeder Kultur ist der Umgang mit einer bestimmten Droge überliefert. Probleme gibt es vermehrt dort, wo eine kulturfremde Droge zum Einsatz kommt (z.B. Alkohol bei Indianern).

Poppers als Kulturdroge der Schwulen?

MEDIZINISCHE PERSPEKTIVE:

Es gibt Untersuchungen, die vermuten lassen, dass bestimmte Gene für die Entstehung von Sucht mitverantwortlich sind; ebenso wird Stoffwechselforgängen im Gehirn und in den Nervenzellen – also biochemischen Faktoren – hier eine maßgebliche Rolle zugeschrieben.

Dieser Aspekt ist in der Psychotherapie mit Schwulen sekundärer Art, da der Verweis auf Schicksalhaftigkeit des Suchtproblems schwächend wirkt.

ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE PERSPEKTIVE:

In Marginalsituationen, d.h. beim Übergang von einer Lebensphase in eine andere – z.B. in der Pubertät, in den Wechseljahren, bei Trennungen oder einem Berufswechsel – geraten Menschen vermehrt in Krisen. Wenn diese nicht bewältigt werden, wächst das Risiko der Entstehung von Abhängigkeit. Besonders Jugendliche, die in diesem Alter auf der Suche nach der eigenen Identität sind, können einem Gruppendruck in Bezug auf Drogengebrauch nicht widerstehen, da sie Gefahr laufen würden, aus der Geborgenheit der Clique herauszufallen.

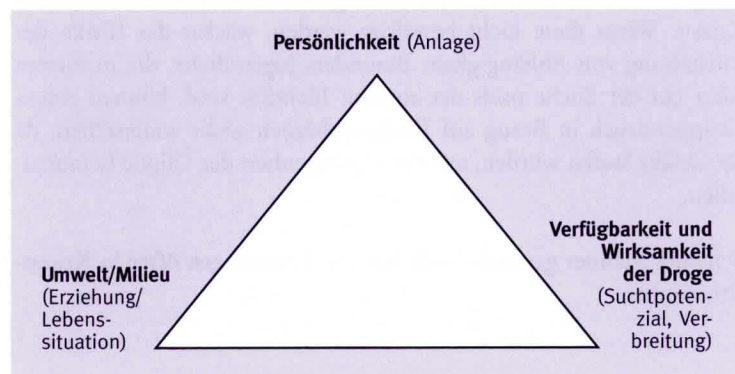
Schwule Männer geraten durch häufige Trennungen öfter in Krisensituationen.

TIEFENPSYCHOLOGISCHE PERSPEKTIVE:

Wenn Menschen in ihrer Kindheit erfahren, dass auf ihre Bedürfnisse nicht adäquat eingegangen wird, entwickeln sich Störungen im Selbstwertgefühl. Dem Gefühl einer tiefen narzisstischen Kränkung stehen die Größenphantasien im Rausch gegenüber. Ein Hunger nach Anerkennung von außen prägt sich aus. Die Betroffenen machen die Umgebung für ihr persönliches Befinden verantwortlich und haben wenig Zutrauen in die eigene Kraft. Häufig haben sie bereits früh Verantwortung für ein Elternteil (etwa bei Krankheit) übernommen; später sehen sie sich auch für andere verantwortlich, so dass sich das Gefühl einstellt, selbst immer zu kurz zu kommen. Sucht kann hier auch als eine Reaktion des Körpers auf eine für den Menschen nicht zuträgliche Allgemeinsituation gesehen werden. Im Körper manifestiert sich damit eine Störung des Bewusstseins.

Schwulen Männern fehlt eine männliche Identifikationsfigur.

All diese Perspektiven bilden jeweils nur ein Segment der möglichen Ursachen von Sucht ab. Aus wissenschaftlicher Sicht entsteht Abhängigkeit – wie im „Suchtdreieck“ dargestellt – erst durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren:



Zum Einstieg in die weitere Diskussion wurden den Teilnehmern zwei Definitionen von Abhängigkeit bzw. Sucht an die Hand gegeben:

Der Gestalttherapeut Hilarion Petzold definiert *Drogenabhängigkeit* als eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen und sein soziales Netzwerk betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört. Nach der Definition des Workshopleiters ist *Sucht* dann gegeben, „wenn nicht ich Herr über das Suchtmittel bin, sondern das Suchtmittel Herr über mich ist“.

In der Arbeitsgruppe gingen die Meinungen darüber, ob schwule Männer eher zu Suchtverhalten neigen als die Allgemeinbevölkerung, auseinander. Eindeutige Studien dazu sind nicht bekannt. Nach einer neueren Umfrage des Projekts Prävention im Münchener Sub e.V. ist nicht von einem höheren Suchtkonsum auszugehen. Die Antworten lassen jedoch auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Suchtmitteln und Sex schließen: 21 % geben an, besseren Sex zu erleben, 69 % zeigen eine erhöhte Risikobereitschaft, und über

20 % gehen Risikokontakte ein. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der Beobachtung der Teilnehmer, dass schwule Männer im Gegensatz zur Heterobevölkerung gezielter (Sucht-)Mittel (Speed, Poppers, Viagra) einsetzen, um besseren Sex zu haben.


In diesem Zusammenhang stellte die Arbeitsgruppe schließlich fest, dass eine Form von Sucht bei schwulen Männern doch signifikant häufiger anzutreffen ist: nämlich die Sex-Sucht, die auch zu den Zwangserkrankungen gezählt werden kann. Dazu wurde eine Informationsschrift der Anonymen Sexaholiker (AS) vorgestellt, die in Anlehnung an die Prinzipien der Anonymen Alkoholiker ein „Genesungsprogramm“ in zwölf Schritten für diejenigen zusammengestellt haben, „die mit ihrem sexuell zerstörerischen Denken und Verhalten aufhören wollen“. Anhand einer Checkliste können die Leser des Falts testeten, ob sie – zumindest nach den Kriterien der AS – sexsüchtig sind. Einige der Teilnehmer bemerkten, dass die dort aufgeführten Punkte auf eine große Anzahl schwuler Szenegänger zutreffen.

Sind schwule Männer generell besser bei schwulen Therapeuten aufgehoben, wie es ein Allgemeinplatz besagt? Diese Frage wurde in der Gruppe kontrovers diskutiert.

Da in der Therapie häufig die Rolle des Vaters zum Tragen kommt, der nicht als männliche Identifikationsfigur herangezogen werden kann, empfiehlt sich hier die Methode der Familienaufstellung nach Hellinger.

Ergänzend zum Workshop erhielten die Teilnehmer Fragebögen zur Einschätzung der Alkohol-, Drogen-, Nikotin- und Sexsucht. Ferner wurde der Münchner Alkoholismus-Test (MALT) vorgestellt, der zwischen „schädlichem Gebrauch“ (in ambulanter Psychotherapie behandelbar) und „Abhängigkeit“ (Suchttherapie notwendig) unterscheidet.

Eine ambulante Suchttherapie wird inzwischen an zahlreichen Suchtberatungsstellen angeboten. Im Münchner TAL 19 dauert eine solche Behandlung – abhängig von den Kostenträgern – etwa ein Jahr und besteht aus folgenden Bausteinen: einer wöchentlichen Gruppentherapie, einer 14-tägigen Einzeltherapie und dem regelmäßigen Besuch einer Selbsthilfegruppe. Außerdem verpflichten sich die Klient(inn)en zu regelmäßiger sportlicher Betätigung.



**SELBSTVERSTÄNDLICH
„NORMAL“? LUST UND
FRUST IM ZEITALTER DER
NORMALISIERUNG VON AIDS**

CHRISTOPHER KNOLL

Der folgende Text erschien zuerst im Kongressband zu den 8. Münchner AIDS-Tagen¹, die im Mai 2000 stattfanden, und wurde uns vom Autor mit freundlicher Genehmigung des Verlages zur Verfügung gestellt. Wir haben ihn geringfügig bearbeitet.

Ungeschützte mann-männliche Sexualität ist beileibe kein neues Phänomen, wie die aktuelle „Bareback“-²-Debatte manchmal glauben lassen mag. Es hat immer Männer gegeben, die mit anderen Männern ungeschützt Sex machten – und das nur in den allerseltens-ten Fällen aufgrund eines Wissens- oder Informationsdefizits: Gerade schwule Männer werden in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen immer als die bestinformierte Bevölkerungsgruppe identifiziert. Über Männer, die Sex mit anderen Männern machen, ohne sich als schwul zu identifizieren, können zwar keine Aussagen getroffen werden, doch ist anzunehmen, dass sie zumindest nicht uninformatierter sind als der Bevölkerungsdurchschnitt. Ich gehe hier also von der Hypothese aus, dass Unwissenheit nicht die (Haupt-)Motivation für „riskante“ Sexualpraktiken ist.

Unser gesellschaftliches Umfeld ist gekennzeichnet durch einen bestenfalls hoch ambivalenten Umgang mit Sexualität. Insbesondere der Sexualität unter Männern wird in der Regel kein eigener positiver Wert beigemessen; je nach Kontext wird sie als unproduktives Vergnügen, narzisstisches Ritual, moralische Verfehlung, Sünde, gesundheitsgefährdende Handlung usw. gewertet. Mann-männliche Sexualität wird auch von den sie praktizierenden Männern häufig banalisiert und auf den puren Akt begrenzt, ohne sich ihre Relevanz für das eigene Leben oder die eigenen Bedürfnisse klar zu machen.

Da es keine gesellschaftliche Verankerung von mann-männlicher Sexualität gibt, werden ihre psychischen, gruppodynamischen,

1 AIDS: Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV, herausgegeben von Hans Jäger. Aids und HIV-Infektionen in Klinik und Praxis, Band 8. Landsberg/Lech: Verlag moderne Industrie 2000, S. 418-419
2 „Barebacking“ meint zunächst das „Reiten ohne Sattel“ und steht hier für Sex ohne Kondom. Vgl. dazu auch die Artikel von Martin Dannecker und Uli Meurer in diesem Band.

sozialen, ideologischen und gesellschaftlichen Komponenten oft ausgeblendet. Ich werde das Phänomen ungeschützte Sexualität im Folgenden aber unter Berücksichtigung eben dieser Komponenten diskutieren.

PROBLEM SAFER SEX

Ich gehe von folgender Minimal-Definition für ungeschützten mann-männlichen Sex aus:

- Analverkehr ohne Kondom mit oder ohne Abspritzen
 - Fellatio („Blasen“) mit Abspritzen in den Mund
- zwischen zwei Partnern, die nicht beide gesichert HIV-negativ oder beide gesichert HIV-positiv sind.

Beim Thema Safer Sex stehen oft rationale und emotionale Anteile gegeneinander:

- *Rational:* Safer Sex reduziert das Risiko einer HIV-Infektion.
- *Emotional:* Sex ist immer riskant. Wenige Männer haben volles Vertrauen in Safer Sex. Viele leben mit dem Gefühl, ständig Risiken eingehen zu müssen (und viele denken offenbar: „Es geht nicht darum, *ob*, sondern *wann* ich mich infiziere“). Safer Sex ist Ausdruck sozial verantwortlichen Handelns eines schwulen Mannes. Verantwortlich ist emotional jedoch nicht gleichbedeutend mit geschützt. Deutlich wird dieses Dilemma beim Oralsex, wo man „verantwortlich“ handeln kann (Blasen ohne Gummi und ohne Abspritzen), sich möglicherweise aber dennoch nicht geschützt fühlt.

Ein weiteres emotionales Problem mit Safer Sex wird an folgender Anekdote deutlich: Die DAH hatte vor langer Zeit einen Aufkleber mit dem Spruch „Safer Sex ist wie Sekt ohne Kater“ produziert – will sagen: es gibt einen Genuss ohne Reue. Hans-Peter von Aarburg fand diesen Aufkleber auf einer öffentlichen Toilette in Zürich wie folgt abgewandelt: „Safer Sex ist wie Sekt ohne ~~Kater~~ Alkohol!“ Safer Sex wird hier nicht als Genuss ohne Reue, sondern als Genuss ohne

Rausch wahrgenommen – als Bedrohung für einen sexuellen Erlebnisinhalt, der für viele Menschen zentral ist. Der Sex wird nüchtern, und in vielen entsteht der Wunsch, dieser Nüchternheit etwas entgegenzusetzen.

Auf kollektiver Ebene wird bewusst gegengesteuert, Kondomgebrauch zur „schwulen Selbstverständlichkeit“ hochstilisiert. Das schwule Kollektiv wird gewissermaßen hygienisch kontrolliert, die durch das Tabuthema Sexualität gefährdete soziale Ordnung stabilisiert: „Wir gehen mit unserer Sexualität vernünftiger um, als es alle anderen tun“ – schwuler Sex wird damit „vermittelbar“. Safer Sex erhält einen „psychohygienischen Auftrag“, der schwulen Sex in den Augen der Öffentlichkeit gewissermaßen entschärft, „sauber“ und „gesund“ macht – und damit für den Einzelnen problematisch: Das Ideal stellt nämlich Safer Sex als Zeichen lustvoll-spielerischer Aufgeschlossenheit hin. Das Kondom sei kein Objekt, das irgendwelchen Sehnsüchten und Wünschen im Wege stehe, sondern gebe das Gefühl von Sicherheit und Schutz – für sich selbst und den Partner.

Ungeschützter Sex passiert. Die Bareback-Diskussion zeigt, wie wenig das schwule Kollektiv damit umgehen kann, dass die Barebacker selbstbewusst die Grundfesten der schwulen Sexualhygiene torpedieren. Ungeschützter Sex ist O.K., solange er nicht thematisiert wird. Oder geht allen Ernstes die Mehrheit davon aus, dass in Darkrooms nur Safer Sex praktiziert wird? Wird der Tabubruch jedoch angekündigt, dann weckt das oft Fantasien von Selbstmordneigung, Aggression, Tötungswünschen. Vielleicht ist es jedoch nur der Wunsch, die eigene Sexualität wieder unbeschädigt und rauschhaft erleben zu dürfen. Wir werden im Folgenden auf einzelne Motive für ungeschützten Sex eingehen und hoffen, damit die Diskussion inhaltlich auf eine breitere Basis zu stellen.

MOTIVE FÜR UNGESCHÜTZTEN SEX

In Ermangelung einer stichhaltigen Theorie, welche umfassende Erklärungen zur Psychodynamik ungeschützter Sexualität böte, werde ich mich hier mit einer exemplarischen, keine Vollständigkeit beanspruchenden Auflistung verschiedener Motive begnügen (die freilich manchmal zusammenhängen). Die Einteilung in die drei Gruppen ist nicht willkürlich, sondern basiert auf meiner Erfahrung als Berater. Die in den Gruppen zusammengefassten Motive für ungeschützten Sex sind nicht notwendigerweise trennscharf, inhaltliche Überlappungen kommen also vor. Erläuterungen können leider nur stichpunktartig erfolgen.

A: „Ich will das Risiko nicht wahrnehmen“

- Liebe, romantische Verschmelzung, Selbstaufgabe und Selbstauflösung („Ich liebe ihn so, er würde mir nie schaden“)
- Banalisierung der Krankheit („AIDS ist jetzt nicht mehr so schlimm, man kann ja was dagegen tun“)
- Auflösung des Selbst, Untergehen in der Menge, Verantwortungsabgabe an das Kollektiv: In Situationen, in denen mehrere Akteure beteiligt sind (z.B. Dampfbad in der schwulen Sauna), kann es zu einer kollektiven Verantwortungsabgabe kommen, indem ungeschützter Sex für den Dauer des Verkehrs die gültige Gruppennorm wird.
- Imaginärer Schutz vor Infektion, indem man sich auf Vermutungen oder Faktoren stützt, die mit dem HIV-Infektionsrisiko nicht direkt zusammenhängen (Der Partner muss HIV-negativ sein, da er gesund aussieht, jung, vom Land, aktiv ist usw.)
- Ein Schutz ist nicht nötig, da sich die Partner derzeit treu sind (serielle Monogamie). Oft werden Vorgefährdungen ausgeblendet.
- Nonverbales Aushandeln von ungeschütztem Sex, Identifikation mit den Handlungen des anderen, die durch den Mechanismus der Projektion eine identische Motivation zu haben scheinen („Er ist negativ, sonst würde er ein Kondom nehmen“ oder „Er ist positiv, sonst würde er nicht einfach seinen Arsch hinhalten“)

- Ungeschützter Sex als Ergebnis bewusster oder unbewusster Größenphantasien („Mir wird nichts passieren“) – Hier müssen wir Hans-Peter von Aarburg vom Ethnopschoanalytischen Institut in Zürich danken, dass er den wunderbaren, aus der Theologie stammenden Begriff des Ordals (des Gottesurteils) in den Ring geworfen hat (Ordal: „Wenn Gott mich liebt, wird er mich schützen“).
- Die Viruslast des Partners ist unterhalb der Nachweisgrenze (allerdings ist in der Diskussion, ob hier das Risiko nicht wirklich erheblich gesenkt ist).
- ...

B: „Ich kann mich nicht schützen“

- Liebe, romantische Verschmelzung, Selbstaufgabe und Selbstauflösung
- Bewältigung von Selbstwertdefekten: Ungeschützter Sex wertet das eigene Angebot auf, besonders dann, wenn man sich nicht attraktiv fühlt („Er sieht so gut aus, wenn ich nicht will wie er, lässt er mich stehen“). Zusätzliches Problem bei sexuellen Funktionsstörungen, insbesondere bei Erektionsstörungen: Da man wegen der fehlenden Erektion nicht den „aktiven“ (eindringenden) Part übernehmen kann, bietet man sich als passiver Partner an.
- Fatalismus – „Es gibt keinen sicheren Schutz“, „Die Infektion wird eh irgendwann passieren“ oder „Ich bin sicherlich schon infiziert“. Die beruhigende Wirkung von HIV-Tests hält nur kurz an. Diese Haltung ist oft gekoppelt mit Misstrauen gegenüber Safer-Sex-Botschaften, z.B. der Meinung, sich übers Küssen infizieren zu können.
- Drogenkonsum und daraus resultierende mangelnde Handlungskontrolle („Ich war zu betrunken, um mich zu schützen“) – das gilt eher für dämpfende Substanzen.
- Mangelnde Identifikation mit Homosexualität mit hoher sexueller Unsicherheit (gerade bei Männern, die noch kein gelungenes Coming-out hinter sich haben). Hier wird oft der sexuelle Handlungsstil des Partners übernommen.
- ...

C: „Ich will mich riskieren“

- Ausbrechen aus der Sicherheit der sozialen Ordnung. Ungeschützter Sex als ultimativer Kick, als Übertretung der einzig gültigen und als repressiv empfundenen sexuellen Norm schwulen Lebens, nämlich sich zu schützen.
- Risikolust („Wenn man nichts riskiert, dann kommt man zu nichts“)
- Liebe, romantische Verschmelzung, Selbstaufgabe und Selbstauflösung
- Ungeschützter Sex als funktionaler Bestandteil von Situationen, die durch „Dominanz und Unterwerfung“ geprägt sind
- Wunsch nach existentieller Randerfahrung
- Mystik des Spermas (z.B. Sperma-Aufnahme als männlicher Initiationsritus)
- Fatalismus, Survivor-Syndrom³, Lust an Zerstörung: Ungeschützte Sexualität kann durchaus eine explizit autoaggressive (gegen sich selbst gerichtete) Handlung im Rahmen chronischer Selbstmordneigung sein.
- Drogenkonsum: Drogen radieren nicht das Wissen aus, sondern erhöhen die Lust am Grenzübertritt – das gilt eher für aufputschende Substanzen. Es ist also nicht (nur) so, dass man ungeschützten Sex macht, weil man Drogen genommen hat, sondern dass oft Drogen genommen werden, um die Sexualität, die man will, auch machen zu können.
- Auflösung des Selbst, Untergehen in der Menge, Schicksalsgemeinschaft
- Infektionswunsch, Beendigung von Beziehungsdiskordanzen⁴: Die Kluft, die durch HIV oft in Beziehungen entsteht, wird als unüberwindbar erlebt. Sich zu infizieren, kann eine Möglichkeit sein, diese Kluft zu überbrücken. Bei den Protagonisten (oder eher: bei dem

3 hier: das „schlechte Gewissen“ der Überlebenden gegenüber denen, die es „nicht geschafft“ haben

4 Diskordanz kommt aus dem Lateinischen und heißt eigentlich „Uneinigkeit“; im übertragenen Sinne spricht man von diskordanten Paaren, wenn ein Partner HIV-positiv ist, der andere nicht.

Protagonisten, da dies oft nur vom negativen Partner so empfunden wird) spielt oft auch ein gewisser romantischer Aspekt eine Rolle: Die Infektion zeugt eine gemeinsame Zukunft. Dazu kommt, dass die Verschmelzung oft als Zeichen von Vertrautheit und Beweis einer Schicksalsgemeinschaft gewertet wird.

- Dem Leben durch seine bewusst herbeigeführte Endlichkeit einen neuen Sinn geben, Übertragung der Verantwortung für das eigene Leben an das Virus
- Ungeschützter Sex als Männlichkeitsbeweis dem anderen gegenüber („Ein richtiger Kerl riskiert eben was“)
- HIV-Positive als die „gedelten“ Mitglieder der schwulen Szene, die das Leben zu genießen wussten (hier sei an den alten Spruch aus den 80er Jahren erinnert: Wer im Jahre 2000 kein AIDS hat, hat nicht gelebt) – Risiko schafft Zugehörigkeit
- ...

Neben diesen könnten sicherlich noch weitere Motivationen identifiziert werden, die in diesem Schema nicht wiedergegeben werden können. Erklärungen wie „Ich verliere meine Erektion, wenn ich ein Kondom nehme“ sind häufig nicht ein Grund für ungeschützten Sex, sondern nur Auswirkung einer der oben stehenden Faktoren.

WEITERE SOZIALE UND PSYCHISCHE FAKTOREN

Es reicht nicht aus, bei der Frage nach ungeschützter Sexualität lediglich die *aktuelle* Motivationslage zu betrachten: Faktoren wie die eigene Biographie, die Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Milieus usw. dürfen nicht ausgeblendet werden, weil die Frage der Infektionswahrscheinlichkeit eben nicht unabhängig davon zu sein scheint. Oder warum sehen wir unter den Positiven mehr Personen aus der Unterschicht, aus ungesicherten Familienzusammenhängen oder Heimen, mehr Opfer sexuellen Missbrauchs? Eine Studie von Jörg Hutter und Volker Koch von der Universität Bremen zur Frage der Auswirkungen sozio-epidemiologischer Faktoren auf den sexuellen Handlungsstil wurde

kontrovers diskutiert, um dann in der Schublade zu verschwinden. Zu hoffen wäre, dass Diskussionen in Zukunft nicht nach politischer Korrektheit, sondern nach einem möglichen Erkenntnisgewinn geführt werden. Dann werden wir sehen, dass wir Safer Sex nur vermitteln können, wenn wir ungeschützten Sex verstehen lernen.

Eine letzte These: Wir haben durch die Art unserer Diskussion und Diskussionsverbote manche Formen ungeschützter Sexualität quasi als Reaktion darauf erzeugt. In diesem Sinne ist Barebacking die Antwort darauf, dass wir nie konkrete Aussagen machen wollten, ob Sex unter Positiven nun in Ordnung oder nicht in Ordnung ist. Und eine Antwort darauf, dass wir Sexualität als kontrollier- und domestizierbar hingestellt haben. Um täglich zu sehen, dass sie das nie sein wird.

LITERATUR

von Aarburg 1996

von Aarburg, Hans-Peter: Risikolust AIDS. Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrages anlässlich der Präventionskonferenz der Deutschen AIDS-Hilfe, 1996

Hutter/Koch-Burghardt/Lautmann 2000

Hutter, Jörg/Koch-Burghardt, Volker/Lautmann, Rüdiger: Ausgrenzung macht krank. Homosexuellen-Feindschaft und HIV-Infektion. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2000

Zu Beginn der AIDS-Epidemie – und dies ist immerhin schon fast 20 Jahre her – hat wohl niemand voraussehen können, wie lang der Lauf mit HIV, wie langfristig das Leben mit der Vorsicht sein würde. Ein Ende, z.B. durch eine Schutzimpfung, ist noch immer nicht in Sicht, von Heilung für HIV-Positive ganz zu schweigen.

Als sich die ersten Vermutungen verdichteten, es handle sich bei diesem neuen Phänomen, das besonders schwule Männer betraf, um eine sexuell übertragbare Krankheit, wurden die ersten Präventionsstrategien gegen den entschiedenen Widerstand vieler schwuler Männer formuliert. Sie sahen darin eine Bedrohung der mühsam erkämpften Liberalisierung, verstanden Safer Sex als Machtmittel der herrschenden Moral, um die Ergebnisse der Liberalisierung und der schwulen Emanzipation der 70er Jahre wieder zurücknehmen zu können. Die Definitionsgewalt über das menschliche Sexualverhalten war immer auch ein Machtinstrument der weltlichen und geistlichen Führer – und dies in fast allen Kulturen. Ein schönes Beispiel ist die Schließung der Badehäuser im ausgehenden Mittelalter, als die Syphilis in Europa zum ersten Mal – und dann gleich heftig – auftrat. Die Badehäuser waren den heutigen schwulen Saunen nicht unähnlich; sie dienten nicht nur der Reinigung, sondern waren auch Orte des geselligen Zusammenseins und der sexuellen Begegnung. Den selbst nicht immer heiligen Kirchenvätern waren sie ein Dorn im Auge, denn sie hatten richtig erkannt, dass sexuelle Repression den Menschen gefügiger macht. Die Auswirkungen einer christlichen Definition von Sexualität als ausschließliches Mittel zur Fortpflanzung beschäftigen uns bis heute. Vor diesem Hintergrund werden auch Verhaltensweisen wie die der bayerischen Staatsregierung in den 80ern verständlicher, die die Schließung schwuler Saunen befürwortete.

Entscheidungen im Gesundheitswesen mussten zu Beginn der AIDS-Epidemie sehr schnell und vor allem ohne greifbare Fakten bezüglich der Übertragungswege und der Prävention getroffen werden. Dies ermöglichte ungewöhnliche Maßnahmen und führte zu einer Delegation der „Handlungshoheit“ an die sehr schnell gegründete Selbsthilfebewegung. Und zum ersten Mal lag das Definitionsmonopol bei einer Krankheit nicht bei der Medizin. Die Antwort auf AIDS war

gekennzeichnet durch „Community-Mobilisierung, Partizipation der Zielgruppen bei Planung und Durchführung von Prävention, Versorgung und sozialer Unterstützung, individuelle und massenmediale Orientierung auf Kommunikation, positive Verhaltensanreize in der sozialen Umwelt, ‚enabling‘ und ‚empowerment‘ als Zielgrößen und Voraussetzung eines individuell wie gesellschaftlich verantwortlichen Risikomanagements“ (Rosenbrock).

Die wesentliche Arbeit bei der Bekämpfung von AIDS bestand in der Entwicklung und ständigen Aktualisierung von Primärpräventionsstrategien für die Hauptbetroffenengruppen und im Aufbau einer effektiven psychosozialen Beratung und Versorgung für Menschen, die mit HIV und AIDS leben: „In Anknüpfung an Erfahrungen mit ‚community‘-bezogener Prävention und Gesundheitsförderung sowie unter zunehmend expliziter Bezugnahme auf die Ottawa-Charta der WHO wurde ein neues Präventionskonzept entwickelt und umgesetzt. Es wurden nicht nur geeignete Kommunikationskanäle auf mindestens drei Aggregatebenen (bevölkerungsweite Aufklärung, zielgruppenspezifische Kampagnen, persönliche Beratung) für widerspruchsfreie Aufklärungs- und Erziehungs-Botschaften ausgebaut und benutzt. Vielmehr galt die Aufmerksamkeit auch der Optimierung der Kommunikationsvoraussetzungen mit den und innerhalb der Zielgruppen. Das implizierte nicht nur eine Unvereinbarkeit zwischen öffentlicher Diskriminierung und glaubwürdig partnerschaftlicher Infektionsprävention der Zielgruppen, sondern führte logisch zu der Konsequenz, die Lebensweisen, Milieus und Strukturen der Zielgruppen als Kommunikationsmöglichkeiten zu sehen und ggf. zu stützen. Faktoren, die die Effektivität der Präventionsanstrengungen minderten (zum Beispiel Ungerechtigkeiten zwischen den Geschlechtern und aufgrund unterschiedlicher Schichtzugehörigkeit), wurden bei der Konzeption der Prävention berücksichtigt und als veränderungsbedürftig thematisiert. Die Verantwortung für präventives Verhalten wird gleichermaßen Infizierten und Nichtinfizierten zugesprochen. Dazu gehört auch die Verantwortung, den/die sexuelle Partner/in über potenzielle Risikoexposition aufzuklären. Die Realisierung dieses Ansatzes bei der Prävention einer überwiegend sexuell übertragenen Krankheit bildet den Über-

gang von der ‚despotischen‘, individualisierten, direkten Überwachung zu ‚infrastrukturellen‘, kontinuierlichen und indirekten Kontrollmechanismen, vom Ansatz des ‚control and containment‘ zur ‚inclusion and cooperation‘; von der ‚individuellen Suchstrategie‘ zur ‚gesellschaftlichen Lernstrategie‘“ (Rosenbrock).

Da die sozialwissenschaftliche Forschung in Deutschland nur selten staatlich gefördert wird, stehen uns leider keine Analysen der Wirksamkeit der Präventionsstrategien zur Verfügung. Untersucht wird immerhin die Effektivität der Verhaltensveränderung bei homo- und bisexuellen Männern. Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass die Primärprävention in Deutschland in den letzten Jahren hoch effektiv war; die Gesamtzahl der Infizierten ist – auch im europäischen Vergleich – sehr niedrig, die Zahl der Neuinfektionen seit Jahren stabil.

Die Safer-Sex-Regeln, Mitte der 80er vor dem Hintergrund des damaligen Wissensstandes aufgestellt und mit zunehmenden Forschungserkenntnissen immer wieder modifiziert, waren allerdings nicht auf Dauer angelegt, sondern als kurzfristige Intervention, da man von einer baldigen medizinischen Lösung ausging. Es war nicht die Befolgung eines neuen „kategorischen Imperativs“ des Sexualverhaltens, wie dies Primärpräventionsstrategen gerne gesehen hätten, sondern die Einsicht in die Notwendigkeit, die schwule Männer Safer Sex, Abstinenz und Monogamie akzeptieren ließen – wie gesagt, immer unter der Voraussetzung, dass es sich um etwas Vorübergehendes handele. Je länger aber die medizinische Lösung auf sich warten lässt, desto deutlicher wird der Verlust – und um so mythischer wird der „Vor-AIDS-Sex“ besetzt. Safer Sex wird eben den sexuellen Wünschen vieler Menschen nach totaler Hingabe, nach Verschmelzung und Nähe nicht gerecht.

Dabei sind wir in Westeuropa immerhin noch in der glücklichen Lage, Safer Sex propagiert zu haben und nicht (wie vor allem in den USA) Safe Sex, eine wesentlich rigidere und einschränkendere Form des Infektionsschutzes. Kernpunkt der Präventionsstrategien ist das Risikomanagement, das Raum für individuell sehr unterschiedliches Verhalten gibt. Aber auch die besten Präventionsansätze können die Neuinfektionszahlen nicht auf Null senken, denn bei der Sexualität

haben wir es nicht mit rationalen Verhaltensweisen zu tun, sondern bewegen uns im Bereich des Emotionalen und Irrationalen. Und das ist schön so.

Als Mitte der 90er Jahre die Kombinationstherapien verfügbar wurden, stellte dies einen Wendepunkt im Umgang der schwulen Szene mit AIDS dar. Die Kombinationstherapien trennten plötzlich ältere Schwule und jüngere Schwule: Die einen hatten zehn Jahre Sterben und Tod im Kreis ihrer Lover und Freunde erlebt und bezogen ihre Präventionsmotivation oft aus diesen Erfahrungen, die anderen hatten diese traumatischen Erfahrungen nicht gemacht, sondern waren im Gegenteil mit dem Mythos der Behandelbarkeit von AIDS sozialisiert worden. Heute erleben auch ältere Schwule, die gelernt haben, vorsichtig und „betroffen“ zu sein, HIV nicht mehr als das Zentrale in ihrem Leben. AIDS war interessant, solange es eine vagabundierende Angst vor einer scheinbar kollektiven Bedrohung gab. Durch das längere Leben mit HIV ist AIDS uninteressant und langweilig geworden, stellt für viele in der westlichen Welt kein ernst zu nehmendes Risiko mehr dar. Gewiss: AIDS ist immer noch eine tödliche Krankheit. Aber Alkohol, Rauchen und zu fettes Essen führen zu weit mehr Todesfällen, ohne dass diese Risikofaktoren wirklich ernst genommen würden. Die HIV-Infektion ist zu einer chronischen Krankheit geworden – und das reicht, trotz aller negativen Begleiterscheinungen, zur „Abschreckung“ nicht mehr aus.

Da die Kombinationstherapien das „medizinische AIDS“ immer komplizierter machen (nicht jede/r Positive kennt sich mit Viruslast, CD4-Zellzahlen, Resistenzen usw. aus), geben auch viele der früher gut informierten HIV-Positiven auf und akzeptieren die Dominanz ihrer Ärzte und Ärztinnen. Botschaften wie „Durch eine erfolgreiche Kombinationstherapie wird die Viruslast gesenkt; es gilt ‚niedrige Viruslast = wenig Risiko‘“ werden in dieser Situation dankbar aufgenommen, ohne hinterfragt zu werden. Eine solche Botschaft kann natürlich das Fass zum Überlaufen bringen: Niedriges Risiko wird zum Freibrief für ein Verhalten, das unterschwellig schon lange zum „Ausbruch“ anstand. Safer Sex ist – wie bereits gesagt – kein zeitstabiles Verhalten.

Auch Erscheinungen wie das „Barebacking“¹ mussten zwangsläufig auftreten. Die Praxis des Barebacking ist nichts Neues, Unsafe Sex hat es während der ganzen AIDS-Krise gegeben. Unsafe Sex war aber hoch tabuiert und wurde nicht öffentlich diskutiert – angesichts des massiven Sterbens schwuler Männer vor der Einführung der Kombinationstherapien wäre das auch zynisch gewesen. Dass heute über Barebacking diskutiert wird, ist Ausdruck der „Normalisierung“ und des Bedeutungsverlustes von AIDS – und der massiven Frustration schwuler Männer durch die AIDS-Krise. Die ursprüngliche Form des männlichen Sexualverhaltens ist nun einmal nicht Safer Sex, sondern Sex ohne Kondom und ohne Risikomanagement. Gefördert wird die Diskussion vor allem durch die Möglichkeiten des Internet: In diesem geschützten und anonymen Raum kann das Unsagbare diskutiert werden, ohne Furcht vor Sanktionen oder Stigmatisierung durch die eigene Bezugsgruppe, die ein dem allgemeinen Konsens angepasstes Verhalten erwartet.

Barebacking ist ein überbewerteter Mythos. Die Benennung eines längst bekannten Verhaltens mit einem (verharmlosenden) Amerikanismus aus der „Marlboro-Welt“ hat aber die Diskussion darüber erst ermöglicht: Barebacking ist zunächst kein sexuelles Wort, umfasst aber vieles, was Schwule mit Sexualität verbinden – Freiheit, Wildheit, „jemanden reiten“ usw. Das Wort entspricht den Wünschen und Sehnsüchten vieler schwuler Männer („Barebacking macht den wahren Mann“) und ist daher – sicher nicht nur unbewusst – eine äußerst geschickte Bezeichnung. Barebacking kann eine eskapistische² Funktion haben: Nach Jahren des Zwangs endlich die Freiheit. Vor allem auch die Freiheit vom Risikomanagement, von der Entscheidung „Was ist noch safe, was schon gefährlich?“. Unsafe Sex ist unkomplizierter Sex – man muss nicht nachdenken. Lange wurde neidvoll auf die sexuellen Möglichkeiten HIV-Positiver geschaut, Barebacking eröffnet sie nun jedem.

1 „Barebacking“ meint zunächst das „Reiten ohne Sattel“ und steht hier für Sex ohne Kondom. Vgl. dazu auch die Artikel von Martin Dannecker und Christopher Knoll in diesem Band.

2 vor der Wirklichkeit und den Anforderungen des Lebens in eine imaginäre Scheinwelt flüchtend

Barebacking ist aber auch die Suche nach neuen Tabus in einer Zeit, in der SM, Latex und alle Formen von Fetischen durch Mode, Videoclips und Talkshows gesellschaftsfähig geworden sind. Barebacking ist ein Protest gegen eine assimilierte schwule Community, die ihre Akzeptanz durch HIV-Wohlverhalten und nun auch durch die heterosexuelle Form der Ehe anstrebt. Die Diskussion um Barebacking wird neue Unterscheidungen in die schwule Szene bringen, zwischen konservativ und progressiv, zwischen Rationalität und Hedonismus³. Wenn Safer Sex der „vernünftige“ Konsens ist, dann ist Barebacking die Möglichkeit des Protests, der sexuellen Anarchie gegen den Mainstream, der Auflehnung gegen die wohlwollende Bevormundung der AIDS-Prävention. Schließlich wird Safer Sex – und zwar beileibe nicht nur von heterosexuellen Homophoben – oft als „Bestrafung“ fürs Schwulsein angesehen. Ist Barebacking dann nicht die wahre Emanzipation, die Befreiung von heterosexuellem Zwang und schwulem Selbsthass?

Im Grunde könnte es gleichgültig sein, wie Menschen ihre Sexualität gestalten, solange sie ihrem Wollen und Wünschen entspricht. Die Diskussion um das Barebacking birgt allerdings Gefahren für die Errungenschaften der letzten Jahre: Zwar wird nur längst Bekanntes offen gelegt, doch kann das – nach Jahren der Liberalisierung und der Akzeptanz von HIV-Positiven in der schwulen Szene – trotzdem zu einer Bedrohung für HIV-Positive werden.

Dabei ist zwischen einem „Innerhalb“ und einem „Außerhalb“ der Barebacking-Szene zu unterscheiden: Barebacking wurde zunächst von HIV-Positiven „entwickelt“, um ohne Angst vor Zurückweisung und vor Ansteckung ihrer Partner, ohne Erklärungsdruck ungeschützten Sex haben zu können. Recht schnell aber wurde diese Bewegung der HIV-Positiven von Nichtinfizierten „unterwandert“ und verändert – bis hin zur Forderung, Positive auszuschließen.

Viel problematischer scheint mir, dass das Verhalten der „Barebacker“ mit dem Verhalten aller HIV-Positiven gleichgesetzt wird und

3 in der Antike begründete philosophische Lehre, nach welcher das höchste ethische Prinzip das Streben nach Sinneslust und Genuss ist

als wissenschaftliche oder zumindest gleichgültig hingenommene Infizierung bisher nicht Infizierter verunglimpft wird. Das erinnert an die frühen Zeiten der AIDS-Krise, als man die alleinige Verantwortung für die Prävention den HIV-Infizierten zuschob. Wenn das die Konsequenz aus der Barebacking-Diskussion ist, dann ist es höchste Zeit, hier gegenzusteuern, um den präventionsmüden Nichtinfizierten nicht erneut die Möglichkeit zu bieten, HIV-Positive als Störenfriede ihres Spaß- und Szenelebens anzugreifen. Noch stärker als bisher gilt es herauszuarbeiten, dass Prävention – so sie denn gewollt ist – nicht delegiert werden kann, sondern (fast) immer eine individuelle Entscheidung ist, deren Konsequenzen der/die Einzelne zu tragen hat. Da Schwule, die sich fürs Barebacking entschieden haben, von den Botschaften der „Primärpräventionisten“ wohl kaum noch erreicht werden dürften, wäre eine Möglichkeit, hier zumindest Schadensminimierung entsprechend der Harm-Reduction bei i.v. Drogengebraucher(inne)n zu versuchen.

Die epidemiologische Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass sich das HIV-Übertragungsgeschehen von den traditionellen „Hauptbetroffengruppen“ in andere Bevölkerungsgruppen verlagert. Heute sind zunehmend Angehörige marginalisierter⁴ Gruppen wie Unterschichtschwule und Migrant(inn)en von HIV und AIDS betroffen. Die alte Regel „Wer arm ist, stirbt früher“ gilt auch hier. Hier gilt es, adäquate Strategien zu entwickeln, die den Besonderheiten dieser Gruppen gerecht werden. Anders als bei den Mittelschichtschwulen, die bisher vorwiegend Zielgruppe von Kampagnen waren und die man über Printmedien erreichen kann, sind in erster Linie personalkommunikative Methoden gefragt. Auch für junge schwule Männer und weite Teile der Partyszene, für die AIDS eher ein historisches Phänomen ist, bedarf es individueller Kampagnen. Wir müssen ein neues Problembewusstsein schaffen, wenn wir nicht einen epidemiologischen Rollback in die 80er Jahre wollen, für den erste Anzeichen bereits erkennbar sind. Wir sollten in den letzten 15 Jahren gelernt haben, dass sich die Investitionen, die hierfür notwendig sind, langfristig auszahlen.

4 marginalisiert: hier = an den Rand gedrängt

LITERATUR

Meurer 1998

Meurer, U.: AIDS – von der letalen Bedrohung zur chronischen Erkrankung. Berlin 1998

Rosenbrock u.a. 1999

Rosenbrock, R. u.a.: Die Normalisierung von AIDS in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit (Paper der Arbeitsgruppe Public Health). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 1999

In den Zeiten von HAART (hoch aktive antiretrovirale Therapie) kann die Beratung von Menschen mit HIV medizinische Aspekte nicht mehr außer Acht lassen, ohne Gefahr zu laufen, einen immer wichtiger werdenden Bestandteil des Lebens mit HIV zu übersehen. Wie sich die psychologische Beratung von Menschen mit HIV angesichts neuer Prognosen verändert und wie die Themen Therapieentscheidung, Compliance, Arzt-Patient-Verhältnis und Management von Nebenwirkungen auch in die psychologische Beratung einfließen können, wird in diesem Beitrag aufgezeigt.

NEUE THERAPIEN – NEUE HERAUSFORDERUNGEN

In den Anfangszeiten der HIV-Epidemie stand die Angst vor existenzieller Bedrohung in Form von Diskriminierung, Verlust von Unversehrtheit und Autonomie bis hin zu der erschreckenden Aussicht auf langes Siechtum und einen schnellen Tod im Vordergrund. Der durch die „Prognose HIV“ erlebte Verlust von Zukunft konnte – zugespitzt in der Abfassung des eigenen Testaments – das gesamte Lebenspanorama der Betroffenen aufreißen. Und wenn die Krankheit ihren Lauf nahm, mussten „wir als Therapeuten oft erleben, dass wir eher Begleiter als Veränderer sein können und dass oft Begriffe wie Tragik oder eben auch Schicksal besser geeignet sind, das Geschehen zu beschreiben, mit dem wir konfrontiert sind, als dass ein unbegrenzter Bewältigungsoptimismus angezeigt (gewesen) wäre“ (von Schlippe/Petzold 1990).

Im Jahre fünf nach „Vancouver“, jenem legendären AIDS-Kongress von 1996, auf dem erstmals Erfolg versprechende Ansätze in der Behandlung der HIV-Infektion vorgestellt wurden, lassen die neuen medizinischen Möglichkeiten in Form hochwirksamer antiretroviraler Kombinationstherapien neue Themen und Problemstellungen in der Beratung und Psychotherapie von Menschen mit HIV und AIDS sichtbar werden. Auch wenn sich die von den Massenmedien verkündete Heilbarkeit von AIDS als voreilig erweisen sollte, hat sich die Wahrnehmung der Krankheit in der Öffentlichkeit ebenso wie das psychische Erleben der Infizierten radikal gewandelt. Die metaphorische

Gleichung „HIV = AIDS = Tod“ trifft in ihrer Zwangsläufigkeit nicht mehr zu. Man beginnt bereits, die AIDS-Ära in die Zeit vor und nach „Vancouver“ einzuteilen, auch wenn die Ergebnisse der nachfolgenden AIDS-Konferenzen mahnen, einer voreiligen „Profanisierung von AIDS“ (Dannecker 1997) entgegenzutreten. Noch profitiert nur ein kleiner Teil der Betroffenen, und zwar diejenigen in den industrialisierten Ländern, von den Fortschritten in der Behandelbarkeit der HIV-Infektion. Und eine Impfung gegen oder Heilung von AIDS ist zurzeit noch lange nicht in Sicht. Offen bleibt die Frage, wie sich die Kosten-Nutzen-Relation der neuen Therapien angesichts eines beschränkten Zugangs zu den Behandlungsmöglichkeiten, von Nebenwirkungen und absehbarer Langzeitschäden längerfristig entwickeln wird.

LEBEN MIT DER NEUEN PROGNOSE – DER DOPPELTE BIOGRAPHIEBRUCH

Menschen mit HIV und AIDS haben sowohl prognostisch als auch ganz real Lebenszeit zurückgewonnen. Diese Jahre wollen mit Sinn und Leben gefüllt werden – kein leichtes Unterfangen, wenn man sich den doppelten Biographiebruch vergegenwärtigt, den vor allem die „Alt-Infizierten“ zu bewältigen haben. Für sie stellte die Konfrontation mit dem positiven HIV-Antikörpertest-Ergebnis den ersten Biographiebruch dar, denn es galt, Phantasien und Ziele zurückzunehmen, die auf eine unbestimmte Lebenszeit gerichtet waren, und die Lebensplanung auf einen wesentlich kürzeren Zeitraum zu beschränken. In der Bearbeitung dieser existentiellen Krise – z.B. durch Sterbemeditationen oder auch Workshops mit dem Titel „AIDS als Chance“ – ging es häufig darum, der Begrenzung Sinn abzugewinnen oder sie zu einem Sinn stiftenden Element zu erheben. Ausbildungen wurden abgebrochen, Erwerbsunfähigkeitsrenten beantragt und Pläne für den *eigenen Lebensabend* – das Probeliegen im Hospiz inbegriffen – geschmiedet. Rechtliche Verfügungen wurden getroffen und die Lebensbilanz im Testament gezogen (Lemmen 1997). Was tun, wenn sich der *Lebensabend* plötzlich als *Nachmittag* herausstellt? – so lautet die zentrale Fra-

ge des zweiten Biographiebruchs. Krisenhafte Reaktionen können die Folge sein: von der *reaktiven Depression* bis hin zur *Verrücktheit* in Form psychotischer Episoden, was uns angesichts der mehrfachen Ver-rückung von Lebensperspektiven nicht weiter verwundern soll.

Fallbeispiel 1

Klaus, ein schwuler Mann, hatte unmittelbar nach dem Erhalt seines positiven Testergebnisses sein Leben radikal umgestellt: Er gab das ungeliebte Studium auf und beschloss, sich noch ein paar schöne Jahre mit ausgedehnten Lateinamerikareisen zu gönnen. Zwölf Jahre später ist er fast erschrocken darüber, dass er sich immer noch einer relativ guten Gesundheit erfreut. Die Aussicht, mit Hilfe der neuen Kombinationstherapien unter Umständen weitere zwölf Jahre „geschenkt“ zu bekommen, ist für Klaus Anlass, sich erstmals psychotherapeutische Hilfe zu suchen. Die Trauerarbeit um seine verpassten Chancen bestimmen den Therapiebeginn: seine Ausbildung nicht abgeschlossen zu haben, jetzt mit Mitte 30 als „Niemand“ dazustehen und keine Perspektiven für sich selbst mehr zu sehen. Trauer auch darüber, als letzter Überlebender seiner Positivengruppe und eines großen Freundeskreises aus Szeneschwulen übrig geblieben zu sein. Eine Trauer, die ihn so lange nicht übermäßig berührte, wie er sich selbst mit der Vorstellung trösten konnte, ihnen bald zu folgen.

Seine Wut über die Ärzte und Ärztinnen, die ihn mit Prognosen irreführten, die sich als falsch erwiesen, mischt sich mit Wut und Schuldgefühlen, die sich gegen ihn selbst richten: Die HIV-Infektion war ihm nur ein willkommener Anlass, sich seinen Ängsten hinsichtlich eines Studienabschlusses nicht stellen zu müssen. Wie sehr diese Ängste durch seine Vaterübertragungen mit seinen Erfahrungen von Entwertung, Demütigung und tiefer Kränkung verquickt sind, wird Klaus in der therapeutischen Arbeit sehr schnell bewusst. Erst in der Aufarbeitung seiner Vergangenheit kann Klaus sich Schritt für Schritt wieder seiner Zukunft bemächtigen.

Das Beispiel zeigt, dass der Weg *zurück in die Zukunft* manchmal den *Umweg* über die Vergangenheit nehmen muss; in der Psychotherapie kommen Probleme aktuell zum Vorschein, die ehemals durch einen frühen Tod aufgelöst wurden. Heute müssen *neue Lösungen*, z.B. Ablösungen, für alte Probleme oft mühsam erarbeitet werden, wo früher der Tod Er-Lösung versprach. Diese Wendung lässt verständlich werden, warum manche/r HIV-Positive der neu gewonnenen Lebenszeit durchaus ambivalent gegenübersteht. Die Öffnung des „individuellen Zeithorizontes“ führt zu einem Strukturverlust. Menschen mit HIV müssen sich heute danach ausrichten, vielleicht nur noch zwölf Monate, vielleicht aber auch 20 Jahre Leben mit (der Behandlung) ihrer HIV-Infektion vor sich zu haben. Welche von beiden Alternativen als wünschenswerte oder unerwünschte Perspektive eingestuft wird, hängt vom Zeiterleben des/der Betroffenen ab: „Mir wäre es lieber zu wissen, dass ich in zwölf Monaten sterben werde, als mich mit der Perspektive auseinander setzen zu müssen, auf Dauer chronisch krank und auf Sozialhilfe angewiesen zu sein und keine berufliche Perspektive mehr für mich zu haben“, so die Aussage eines Teilnehmers einer HIV-Positivengruppengruppe. Fragen der beruflichen (Nach-)Qualifizierung, der (Re-)Integration ins Arbeitsleben oder der Sinn stiftenden Beschäftigung werden zu einem vordringlichen Thema für AIDS-Berater (Krey 1999).

GUTE MILCH – SCHLECHTE MILCH: DIE AUSWIRKUNG VERÄNDER- TER DEUTUNGSMUSTER AUF DIE ARZT-PATIENT-KOMMUNIKATION

Fallbeispiel 2

Renate lebt seit mehr als sieben Jahren mit ihrem positiven HIV-Testergebnis und hat von Anbeginn an alle Möglichkeiten der alternativen Medizin für sich ausgenutzt. Dabei haben – jenseits aller Wirksamkeitsnachweise – sowohl ihre feste Überzeugung als auch ihre bewusste Lebensführung über Jahre hinweg zu einer körperlichen und seeli-

schen Stabilisierung beigetragen. Renate steht mit ihrer Heilpraktikerin in sehr guter Verbindung; die Schulmedizin nahm sie bisher nur in Anspruch, um ihre Laborwerte überprüfen zu lassen. Bei einer neuerlichen Bestimmung ihrer Immunparameter wird ein drastischer Abfall ihrer T-Helferzellen festgestellt. Im Anschluss an eine Viruslastmessung legt ihre Ärztin ihr dringend nahe, mit einer Kombinationstherapie zu beginnen. Es kommt zu heftigen Auseinandersetzungen, die sich um so mehr zuspitzen, je stärker die Ärztin sie zum Beginn der antiretroviralen Behandlung drängt. Renate kommt mit einer mörderischen Wut in die Therapiestunde. In der Aufarbeitung dieser Gefühle kommt Renate selbst schnell zu der Erkenntnis, wie sehr ihre Konflikte mit der Ärztin denen mit ihrer Mutter ähneln, wobei erstere das Ihre dazu beiträgt, diese Übertragungen zu aktivieren. Der „schlechten Milch“ der „Mutter Schulmedizin“ zieht Renate die „gute Milch“ der „Mutter Naturheilkunde“ vor. Erst der Wechsel zu einem schwulen Arzt, der die Bedeutung ihrer Beziehung zu der Heilpraktikerin zu erfassen scheint und nicht in Konkurrenz zu dieser tritt, sorgt für Entspannung und ermöglicht Renate, ihre eigene Entscheidung zu treffen. Sie bleibt zwar bei einem Nein zum sofortigen Therapiebeginn, handelt jedoch mit ihrem neuen Arzt „Wertelimits“ aus, bei deren Erreichen sie der Behandlung schließlich zustimmt.

Das Fallbeispiel zeigt nicht nur, in welchem Maß der Prozess der Entscheidungsfindung in der Frage einer antiretroviralen Behandlung von der Qualität der Beziehung zum/zur jeweils Behandelnden abhängt, sondern auch, wie sehr unterschiedliche Deutungsmuster der HIV-Erkrankung konflikthafte Übertragungsmuster befördern können. Erwartungen oder Befürchtungen hinsichtlich einer bestimmten Therapie bis hin zu Heilungsphantasien spiritueller Prägung sind schon immer Themen in der Behandlung von Menschen mit HIV und AIDS gewesen. Zu Zeiten des „therapeutischen Nihilismus“ war es auch für Mediziner/innen aus ihrer eigenen Hilflosigkeit heraus leichter, die Position des „Anything Goes“ zuzulassen, alternative Methoden zu unterstützen und in jedem Fall auf die Wirkung des Faktors Hoffnung zu vertrauen (Lemmen 1996).

Die Deutungsmuster der HIV-Erkrankung haben sich seit Vancouver grundlegend gewandelt. Vor Vancouver hieß es noch, die asymptomatische Phase der HIV-Infektion sei durch ein relatives Gleichgewicht zwischen Virusvermehrung und Virusabwehr gekennzeichnet. Diese Phase könne man durch eine ausgeglichene Lebensweise und verschiedene, das Immunsystem stärkende Maßnahmen (Vitamine, ausgewogene Ernährung, ausreichend Schlaf usw.) so lange wie möglich hinauszögern. „Sich selbst so gut wie möglich pflegen“ lautete die Devise. Seit es jedoch die Methode der Viruslastmessung gibt, weiß man, dass das Virus auch in dieser Phase dem Immunsystem Schaden zufügt. Die Entscheidung für den Beginn einer Kombinationstherapie setzt voraus, dass der/die Patient/in dieses Deutungsmuster übernimmt, d.h., dass er/sie einsieht, krank und behandlungsbedürftig zu sein. Symptomlose HIV-Positive, die bisher nur als infiziert galten und sich ansonsten rundum wohl fühlen konnten, müssen sich jetzt mit der Vorstellung anfreunden, HIV-krank zu sein.

Wie sehr solche Deutungsmuster, die Konfliktpotenzial in sich bergen, die Arzt-Patient-Beziehung beeinträchtigen und eine gemeinsame *Entscheidungsfindung* torpedieren können, zeigt das zweite Fallbeispiel. So war es Renate erst nach Auflösung der Verstrickung möglich, für sich eine eigene Position zu finden, die weder in der blinden Übernahme des Standpunkts des Behandelnden bestand noch im konsequenten Aufbegehren dagegen. Anders als in dem Beispiel können auch unkritisch idealisierende Übertragungen mit der blinden Übernahme des ärztlichen Deutungsmusters zum Problem werden, wenn es zu stärkeren Nebenwirkungen kommt oder das Behandlungsregime als erdrückend erlebt wird.

Fragen zur Entscheidungsfindung oder Probleme mit der Fortführung einer perspektivisch lebenslangen Behandlung werden zunehmend Thema in der psychologischen Beratung und Psychotherapie. Auch wenn es nicht die Aufgabe von uns als Psycholog(inn)en ist, Klient(inn)en auf eine bestimmte Sichtweise zu verpflichten, gilt es mehr denn je, mit ihnen an den Deutungsmustern ihrer Erkrankung und an den Be-Deutungen hinter ihren Entscheidungen zu arbeiten.

EINMAL COMPLIANCE UND ZURÜCK: DIE BEDEUTUNG DES KOHÄRENZGEFÜHLS

Nur eine weit gehende Compliance (Therapietreue) hinsichtlich der Einnahmezeitpunkte und -modalitäten soll Garant für eine bestmögliche Wirksamkeit der neuen Therapien sein, weil so die Gefahr einer immer drohenden Resistenzbildung gegen einzelne Medikamente oder ganze Wirkstoffgruppen verringert wird. Studien zur Erforschung der Einflussfaktoren der Compliance bei ART und zur Evaluation von Programmen, die die Compliance fördern sollen, sind der Shooting-Star der neueren sozialwissenschaftlichen AIDS-Forschung. Als Psycholog(inn)en sind wir dort gefragt, wo es darauf ankommt, bei der Gestaltung optimaler Therapieschemata nicht nur der „medizinischen Logik“, sondern auch der „Psycho-Logik“ der Lebenswelt der Patient(inn)en Gehör zu verschaffen (Dannecker 1999). Denn „nur aus der Kenntnis der Ziele und Bedürfnisse der Patienten wird man eine langfristige Behandlungsmotivation und Compliance aufbauen können. Diese patientenorientierte Sichtweise erfordert im Gesundheitswesen eine Neuorientierung, die dazu führen wird, chronisch Kranken explizit mehr Verantwortung beim Krankheitsmanagement zu übertragen“ (Petermann 1997). Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance müssen sich deshalb an zwei Adressaten richten und vor allem bei der Kommunikation und Koordination im Versorgungssystem ansetzen.

Das Konzept des **Kohärenzgefühls** von Antonovsky bietet ein hilfreiches Schema, wenn es darum geht, Menschen mit HIV zu beraten, die in Bezug auf eine antiretrovirale Therapie zu einer für sie selbst stimmigen – kohärenten – Entscheidung kommen wollen. Nach Antonovsky lässt sich das Kohärenzgefühl als eine Grundorientierung beschreiben, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darauf ausdrückt, dass

1. die Ereignisse im Leben strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,
2. die Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen gerecht zu werden, die sich aus diesen Ereignissen ergeben,
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Interventionen und Engagement lohnenswert machen.

Auf die spezielle Beratungssituation übertragen gilt es folgende Fragestellungen zu bearbeiten:

- *Verstehbarkeit:* Wie deutet der/die Patient/in die HIV-Infektion bzw. Erkrankung? Hat er/sie verstanden, wo eine Kombinationstherapie ansetzt und was sie bewirken soll? Hat er/sie die Bedeutung der Compliance und einer möglichen Resistenzbildung erfasst? Ist er über mögliche Nebenwirkungen informiert? usw.
- *Handhabbarkeit:* Welches Therapieregime lässt sich am besten in den vorgegebenen Tagesablauf des Patienten/der Patientin integrieren (Familie, Beruf, Ernährungsgewohnheiten, Freizeitverhalten)? Muss im Interesse einer guten Abstimmung und Compliance u.U. auf die medizinisch gesehen bestmögliche Kombination verzichtet werden? Wie kann der/die Patient/in mögliche Nebenwirkungen im Alltag managen? Welche Unterstützung kann er/sie in seinem/ihrer Umfeld mobilisieren?
- *Sinnhaftigkeit:* Wie wirkt sich der Einstieg in eine ART auf das Leben der Patient(inn)en im Allgemeinen aus? Können sie die veränderte Deutung ihrer HIV-Infektion aushalten? Welche Einschränkungen (z.B. Verlust von Autonomie, Unbeschwertheit und Verdrängungsmöglichkeiten) kommen möglicherweise auf sie zu, und wie werden diese von ihnen bewertet? Welchen Wert können sie der neu gewonnen Lebenszeit bemessen? Welche Unterstützung brauchen sie, um sich neue Perspektiven zu erschließen? Wie verändert die Therapie letzten Endes ihr Selbst-Verständnis als HIV-Positive?

KRITISCHE MEDIZINBERATUNG CONTRA MEDIKALISIERUNG¹

„Ein Mehr an medizinischem Wissen [auf Patientenseite] ist gefragt. Und dazu die psychologische Fähigkeit von Behandelnden und Behandelten, aufeinander zuzugehen. Ich will nicht reduziert werden auf meine medizinischen Symptome, etwa mein Lipodystrophie-Syndrom, ich bin mehr als die ‚Neuropathien-Else‘ oder die Studienteilnehmerin 551 N – ich möchte Petra Klüfer in meiner Gänze und Partnerin des Arztes sein“ (Klüfer 1999).

Eine psychosoziale Beratung bei HIV, die die Implikationen der ART ausblendet, kann heute keinen Anspruch auf Ganzheitlichkeit mehr erheben. Besonders zu Beginn einer ART stehen die Beziehung zum Arzt/zur Ärztin, die verordnete Kombination und Probleme bei der Abstimmung von Lebensstil und Medikamenteneinnahme im Vordergrund. Es kann z.B. zu den Aufgaben von psychologischen Berater(inne)n gehören, zu erkennen, welche schädlichen primären und sekundären psychogenen Auswirkungen eine verordnete Kombinationstherapie hat. So rufen einige der heute eingesetzten Medikamente Schlafstörungen, Angstzustände oder Halluzinosen hervor. Körperliche Symptome, z.B. wochenlange Durchfälle, können psychische Probleme und Konflikte wie etwa soziale Isolation verstärken. Die Auswahl einer Therapie muss sich nicht nur an der weitestgehenden Vermeidung somatischer Nebenwirkungen, sondern auch von möglichen kritischen psychogenen Folgen orientieren. Der/die psychologische Berater/in ist dann gefordert, gemeinsam mit Patient/in und Arzt/Ärztin die optimale Therapieeinstellung zu diskutieren.

Der Blick über die Grenzen der eigenen Disziplin ist zur Herausforderung für Berater/innen in AIDS-Hilfen geworden. Ohne medizi-

1 HIV und AIDS sind – auch für AIDS-Hilfen – schon immer ein „medizinisches Problem“ gewesen. Solange es keine wirksame Behandlung der HIV-Infektion gab, galt das besondere Beziehungsangebot zum AIDS-Patienten auch für Kliniker/innen als das Einzige, was man aus der eigenen Ohnmacht und Hilflosigkeit heraus anbieten konnte. Die Einführung der neuen antiretroviralen Therapien gibt der Medizin das Definitionsmonopol über die Erkrankung zurück. Der Begriff „Medikalisierung“ betont die Gefahr, in der Euphorie der ersten Behandlungserfolge die sozialen Implikationen der Erkrankung aus dem Blick zu verlieren.

nische Grundkenntnisse rund um das Thema Kombinationstherapien ist heute keine angemessene psychologische Beratung mehr möglich, da diese Themen aus den persönlichen Beratungen, Gesprächsgruppen und Einzelbetreuungen nicht mehr wegzudenken sind.

Gleichzeitig dienen alle diese Angebote dazu, Menschen mit HIV selbstbestimmt und mündig zu machen, soweit dies möglich und von den Rat Suchenden selbst gewünscht ist. So paradox es klingen mag: Nur eine kritische Medizinberatung kann eine völlige Medikalisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses verhindern; sie kann das Übergewicht der medizinischen Logik gegenüber der subjektiven Logik der Patient(inn)en (Dannecker 1999) abbauen helfen. Indem Medizinberatung die lebensweltlichen und psychosozialen Aspekte der ART in die „Verhandlungen“ zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in einbringt, stärkt sie diese, relativiert sie jene und trägt dazu bei, dass „ein Zugewinn an Lebensqualität zu einem zentralen Erfolgskriterium der Behandlung“ wird (Petermann 1997).

STANDESPOLITISCHE HERAUSFORDERUNGEN

Einer angesichts der zunehmenden „Medikalisierung“ von AIDS drohenden Profanisierung² (Dannecker 1999) der Erkrankung müssen Betroffene und Helfer/innen entschieden entgegentreten, denn noch sind wir alle – Behandelnde und Patient(inn)en – bei allen erreichten Fortschritten der Medizin Teil einer groß angelegten Studie, deren Ausgang noch manche Überraschung bereithalten wird.

Eine blinde Medikalisierung von AIDS gefährdet Neuerungen in Prävention, Krankenversorgung, Gesundheitspolitik und Bürgerrechtsfragen, die erst im Kampf gegen diese Krankheit entstanden sind. „Diese Ausnahmen vom normalen Verlauf der Gesundheitspolitik erklären

2 Dannecker (1999) bezeichnet den Prozess des Bedeutungswandels von AIDS als drohende Profanisierung: „... AIDS hat so viel von seiner vormaligen von ihm ausgehenden eigentümlichen Faszination verloren, dass es, verglichen damit, zu etwas Profanem geworden ist“ – was noch lange nicht heißen muss, dass dies von den Betroffenen auch so erlebt wird. Eher das Gegenteil scheint der Fall zu sein.

sich vor allem daraus, dass neben einer gesundheitlichen Katastrophe infolge von AIDS auch Zivilisationsbrüche auf dem Gebiet der Bürgerrechte befürchtet wurden. Dies brachte eine trotz großer nationaler Unterschiede im Grundmuster ähnliche ‚exceptionist alliance‘ aus beteiligten Gesundheitsberufen, sozialen Bewegungen und Betroffenen hervor, die den mangels wirksamer Therapien von der Medizin nicht besetzten Handlungsraum produktiv nutzte“ (Rosenbrock u.a. 1999). Angesichts der Entwicklung der HIV-Erkrankung zu einer *chronischen, aber nach wie vor lebensbedrohlichen Erkrankung mit Ansätzen der Behandlung* gilt es,

- zu verhindern, dass die Medizin das Definitionsmonopol über die HIV-Prävention und Versorgung von AIDS-Kranken erlangt,
- die durch den *AIDS-exceptionalism* begünstigte Aufwertung der „psychosozialen Perspektive“ zu verteidigen
- und im Sinne einer Generalisierung auf andere Bereiche der Gesundheitsförderung zu übertragen.

Eine besondere Herausforderung (auch) für uns Psycholog(inn)en?

LITERATUR

Antonovsky 1992

Antonovsky, A.: Meine Odyssee als Stressforscher: Rationierung der Medizin. Argument Sonderband, Jahrbuch für kritische Medizin, Band 17, S. 112–130. Berlin/Hamburg: Argument Verlag 1992

Dannecker 1997

Dannecker, M.: Die Profanisierung von AIDS durch die neuen Therapien. Bern: AIDS Info Docu 1997. Nachdruck in: Therapien bei AIDS. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1997

Dannecker 1999

Dannecker, M.: Was bewirkt die Normalisierung von AIDS? In: H. Jäger (Hg.): Mit AIDS leben. Landsberg am Lech: EcoMed Verlag 1999

Klüfer 1999

Klüfer, P.: Roter Teppich oder Fließbandabfertigung? In: Compliance bei antiretroviraler Therapie. AIDS-Forum DAH, Band 37. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999

Krey 1999

Krey, F.: Arbeiten bis zum Umfallen oder Frührentner/in auf Dauer? Erfahrungen des Berliner Projektes zukunfts positiv. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hg.): Lesben und Schwule in der Arbeitswelt. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1999

Lemmen 1996

Lemmen, K.: Die Wa(h)re Hoffnung. In: Aktuell – Das Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe, Heft 14: Unkonventionelle Medizin. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. 1996

Lemmen 1997

Lemmen, K.: Die Psychodynamik des Testaments bei schwulen Männern – Vom geschärften Blick auf die eigenen Lebensperspektiven in die Krise? In: Jäger, H. (Hg.): AIDS. Neue Perspektiven – Therapeutische Erwartungen – Die Realität. Landsberg am Lech: EcoMed Verlag 1997

Petermann 1997

Petermann, F.: Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen und Perspektiven. In: Petermann, F. (Hg.): Patientenschulung und Patientenberatung – Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe 1997

Rosenbrock u.a. 1999

Rosenbrock, R. u.a.: Die Normalisierung von AIDS in Westeuropa – Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. Berlin: Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 1999

von Schlippe/Petzold 1990

von Schlippe, A./Petzold, H.: Die Familie und das schwerkranke Kind – Therapeutische Hilfen für Fatum-Familien. In: Integrative Therapie, 16(4)



**BERATUNG, THERAPIE UND
WISSENSCHAFT VON UND
FÜR LESBEN UND SCHWULE –
SELBSTVERSTÄNDLICH!**

Was würden meine Patientinnen denken, wenn... – Homophobie in Übertragung und Gegenübertragung

GUDRUN PFITZNER UND RITA SEITZ

Als psychoanalytisch arbeitende Psychotherapeutinnen malen wir uns immer wieder aus, wie unsere Patientinnen und Patienten reagieren würden, wenn sie von unserer Homosexualität wüssten. So könnten uns die Patientinnen vielleicht vorwerfen, dass sie mit einer lesbischen Therapeutin keinen Mann finden oder nun auch lesbisch werden müssten, oder sie fürchten gar, sexuell verführt zu werden. Männer hingegen könnten in ihrem heterosexuellen Begehren unbeachtet bleiben. Die Phantasien reichen bis hin zu dem Wunsch, es möge einer Patientin/einem Patienten erspart bleiben, homosexuell zu werden oder zu sein.

So stellte sich für uns nicht nur die Frage nach der Homophobie unserer Patient(inn)en, sondern auch nach unserer eigenen. Wenn wir davon ausgehen, dass auch Schwule und Lesben die kollektive Entwertung männlicher und weiblicher Homosexualität internalisiert haben, scheint eine lesbische oder schwule Identität ohne homophobe Anteile kaum denkbar. Wir erleben aber gerade in schwul-lesbischen Therapeut(inn)ennetzwerken heftige, zum Teil auch stark tabuisierte Konkurrenz- und Entwertungsimpulse im Zusammenhang mit der Veröffentlichung eigener homophober Strukturen. „Gute“ schwule Therapeuten oder „gute“ lesbische Therapeutinnen müssen ihre Homosexualität positiv besetzen und sind natürlich auf keinen Fall homophob. Wie sich die Brüche in der eigenen schwulen oder lesbischen Identität, Verunsicherungen, die kollektiven Ängste der Gesellschaft vor allem Fremden, die verführerische Identifizierung mit patriarchalischen Gesellschaftsstrukturen und Machtzusammenhängen und die Reflexion verinnerlichter Entwertungsphänomene auf die psychotherapeutische Praxis, die sozialpsychologische Forschung und die Qualitätssicherung unterschiedlicher psychologischer Angebote auswirken, scheint bislang noch nicht ausreichend diskutiert.

In unserer Arbeitsgruppe ging es darum, Homophobie nicht nur als Bestandteil der psychischen Strukturen heterosexueller „Anderer“, sondern auch als Baustein schwuler und lesbischer Identitätsarbeit zu sehen. In den Mittelpunkt der Diskussion stellten wir Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in psychotherapeutischen Behandlungen.

Um uns dem Thema zu nähern, hatten wir für den ersten Arbeitsabschnitt zwei verschiedene Aufträge formuliert. Zunächst sollten die Teilnehmer/innen Kleingruppen bilden und ihre persönlichen Definitionen von Homosexualität und Homophobie auf geschlechtsspezifische Dimensionen untersuchen. So konnten wir z.B. herausfinden, dass die Entwertung „tuntiger“ schwuler Männer durch Schwule sicher nicht nur eine „Geschmacksfrage“ ist, sondern die verinnerlichte Angst vor dem sog. „Weiblichen“ – und somit etwas beunruhigendem Fremden im Mann – abbildet. In einem zweiten Schritt sollten sich alle vorwiegend therapeutisch Tätigen in der Mitte des Raumes in einen Kreis setzen. Die anderen Teilnehmer/innen waren aufgefordert zu phantasieren, worin sich schwulen- oder lesbenfeindliche Tendenzen der im Kreis Sitzenden zeigen könnten und in welcher Form sie wiederum unter der Homophobie ihrer Klient(inn)en zu leiden haben. Die Vielfalt von Phantasien zeigte, wie schillernd und allgegenwärtig das Phänomen Homophobie ist. Um die Bedrohung zu entschärfen, brauchen wir differenziertere Definitionen und Orientierungshilfen, die Abwehrmechanismen sichtbar machen, in denen sich homophobe Tendenzen ausdrücken – dieser Bedarf wurde in vielen Äußerungen deutlich.

Im zweiten Arbeitsabschnitt stellten eine Therapeutin und ein Therapeut Fallbeispiele aus der eigenen Praxis vor. Im Rahmen kollektiver Intervention konnten wir zuvor angerissene Überlegungen konkretisieren und die Wirksamkeit schwulen- oder lesbenfeindlicher Prozesse in psychotherapeutischen Behandlungen verdeutlichen. Die rege Diskussion zeigte uns, dass es sich durchaus konstruktiv und bereichernd auf die psychologische Arbeit auswirken kann, homophobe Tendenzen zu reflektieren und zu enttabuisieren.

(Dis)-Qualifiziert eigene Diskriminierungserfahrung für die Arbeit mit Diskriminierten?

ANGELA KÜHNER UND GUDRUN PFITZNER

Der Verband lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen hat sich immer wieder auch mit „schwul-lesbischer Qualitätssicherung“ für psychosoziale Versorgung und Psychotherapie beschäftigt. Die Frage „Wohin können wir schwule und lesbische Klient(inn)en guten Gewissens zu Therapie oder Beratung schicken, wer ist ein/e gute/r Therapeut/in für Schwule und Lesben?“ ist viel diskutiert worden, z.B. bei einer Podiumsdiskussion der Münchner Regionalgruppe im Jahre 1997. Verblüffend ähnlich wird diese Diskussion aus der Perspektive von Migrant(inn)en bzw. antirassistisch Sensibilisierten in der psychosozialen Versorgung geführt¹: Bin ich als Türke/Türkin automatisch der/die beste (oder einzige) Berater/in für alle „Türkinnen“ und „Türken“, die eine Beratungsstelle aufsuchen? Eine weitere Parallele gibt es bei der psychotherapeutischen Zusatzausbildung: Wer als Teilnehmer/in vermeintliche Selbstverständlichkeiten der Mehrheitskultur hinterfragt, erhält häufig die Rückmeldung, sich nicht richtig einzulassen, sondern zu „intellektualisieren“ oder zu sehr auf dem eigenen Anderssein beharren zu wollen.

Wir haben uns deshalb die Frage gestellt, was Konzepte zur interkulturellen Beratung zur – offenbar analogen – „schwul-lesbischen Qualitätssicherung“ beitragen können. Als Beispiel für ein solches Konzept haben wir im Workshop Thesen und Ausschnitte aus dem Konzept der amerikanischen Psychotherapeutin und Trainerin Elaine Pinderhughes vorgestellt, deren theoretische Überlegungen zur Beratungssituation sich vor allem um die Begriffe Macht und Differenz ranken (Pinderhughes 1998).

DIFFERENZ

Die Erfahrung des Andersseins, so Pinderhughes, löse meist ein Unwohlsein aus, das mit einer Bewertung gekoppelt sei. So lasse sich z.B. der Satz „Du bist da glaub ich anders als ich“ nur schwer als neutraler

1 z.B. in der Arbeitsgemeinschaft gegen Rassismus und Antisemitismus in der psychosozialen Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Satz verstehen. Besonders stark sei das durch die Differenz ausgelöste Unwohlsein, wenn der eigene kulturelle Standort schwierig, d.h. mit Ambivalenz oder starken negativen Gefühlen wie Schuld und Scham verbunden sei. Dieses Phänomen wirke sich massiv auf die Beratungsbeziehung aus: Im Kontakt mit „differenten“ Klient(inn)en gehe es dann zunächst nicht um diese selbst und ihre Erfahrungen, sondern um die Abwehr der eigenen negativen Gefühle. Der/die Berater/in ist mit sich selbst beschäftigt, filtert aus dem Gehörten das heraus, was ihn/sie vielleicht beruhigt, hört nicht richtig zu. In dieser Weise würde Pinderhughes zum Beispiel die „Befangenheit“ einer nichtjüdischen deutschen Beraterin im Gespräch mit einer jüdischen Klientin als Ausdruck des Unbehagens am eigenen kulturellen Standort (Scham, Schuldgefühle) sehen.² In ähnlicher Weise könnte z.B. auch eine aus einer Unterschichtsfamilie kommende Beraterin bei einer Oberschichtklientin mit Gefühlen der Scham und Unterlegenheit konfrontiert werden, so dass die Schwierigkeiten der Klientin in der Wahrnehmung der Beraterin hinter ihren Privilegien verblissen.

MACHT

Pinderhughes betont das Doppelgesicht der Macht: Zum einen sei Macht zentral für psychische Gesundheit, zum anderen jedoch auch konfliktträchtig: Auf Seiten der Mächtigen führe der Besitz von Macht oft zu einer ausgeprägten Angst vor Machtverlust (Verlust von Ressourcen, Privilegien usw.). Außerdem könnten Schuldgefühle der Mächtigen gegenüber Ohnmächtigen gerade auch in der Beratungsbeziehung eine wichtige Rolle spielen, da die Ungerechtigkeit zumindest unterschwellig wahrgenommen werde. Pinderhughes betont dabei, dass wir es in einer spezifischen Beratungssituation meistens mit verschränkten gesellschaftlichen (Macht-)Verhältnissen zu tun haben, in die Klient/in und Berater/in sowohl als Dominierte/r als auch als Dominierende/r

2 Als kollektives Phänomen kennt dies jede/r, die/der öffentliche Diskussionsveranstaltungen zur NS-Zeit besucht. Oft gelingt das Zuhören nicht, sondern die Situation muss genutzt werden, um sich bestätigen zu lassen, dass die Schuld „doch nicht so groß“ ist.

eingebunden sein können (z.B. wenn eine weiße Unterschichtfrau einen schwarzen Oberschichtmann berät).

Fragen zur Förderung interkultureller Sensibilität

In ihren Workshop-Einheiten ermuntert Pinderhughes die Teilnehmer/innen mit gezielten Fragen dazu, ihren kulturellen Standort und ihre spezifischen Erfahrungen mit Macht und Ohnmacht zu reflektieren, z.B.:

- Wie geht es mir mit meinen verschiedenen Zugehörigkeiten (z.B. Frau, Lesbe, Deutsche, Weiße), was mag ich daran, was missfällt mir?
- Welche Gefühle, Einstellungen und Überzeugungen habe ich gegenüber Schwarzen? Was denke ich, welche Gefühle sie mir gegenüber haben?
- Wie erlebe ich mich selbst in Situationen von Ohnmacht? Was bedeutet das für meine Arbeit?

DISKUSSION

Bei der Diskussion der Thesen und Fragen fiel uns auf, dass Pinderhughes' Training sich tendenziell eher an Therapeut(inn)en wendet, die als Mehrheitsangehörige mit Minderheitenangehörigen arbeiten möchten. Was sind jedoch die spezifischen „Knackpunkte“ in der Arbeit schwuler oder lesbischer Therapeut(inn)en mit schwulen oder lesbischen Klient(inn)en?

Analog zu Pinderhughes' Überlegungen zur Abwehr bestimmter Gefühle wurde die Vermutung geäußert, schwule Therapeuten und lesbische Therapeutinnen könnten – im Bemühen, möglichst wenig zu pathologisieren – geneigt sein, die Probleme ihrer schwulen und lesbischen Klient(inn)en zunächst zu unterschätzen. Bestimmte Dinge, so eine Teilnehmerin, wolle sie in der „heilen“ Subkultur, der sie ja auch angehöre, zunächst nicht sehen, z.B. Gewalt in lesbischen Beziehungen. Was Ohnmachtserfahrungen angeht, wurde die Frage gestellt, ob

der/die Klient/in diese genauso bewältigen müsse wie der Therapeut oder die Therapeutin (z.B. durch ein offensives Coming-out), oder ob es nicht für manche auch gut sein könnte, „im Schrank zu bleiben“. Sei der Berater oder Therapeut bekanntermaßen schwul (wenn er z.B. in einer schwulen Beratungsstelle arbeitet), stelle sich die Frage der Differenz auf besondere Weise: Mehrere Teilnehmer berichteten über Verbrüderungsversuche von Klienten, die ihnen unangenehm seien und durch die sie ihren professionellen Anspruch unterminiert sehen.

Insgesamt überwog jedoch in der Diskussion die Einschätzung, dass die eigene Diskriminierungserfahrung für die Arbeit mit Diskriminierten eher förderlich ist. Die zentrale Erfahrung, „nicht selbstverständlich passend zu sein“, so ein Teilnehmer, trage dazu bei, alle möglichen Selbstverständlichkeiten in Frage stellen zu können. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Leidenserfahrung mache es außerdem möglich, Leiden insgesamt besser anerkennen zu können und nicht verleugnen zu müssen. Diskriminierungserfahrung sei gewissermaßen ein Training sowohl im „Sich-anders-Fühlen“ als auch im Differenzieren, kurz: eine Qualifikation.

LITERATUR

Pinderhughes 1998

Pinderhughes, Elaine: Die Bedeutung von „Rasse“, Ethnizität und Macht für die klinische Arbeit. In: Castro Varela/Schulze/Vogelmann/Weiß (Hg.): Suchbewegungen. Interkulturelle Beratung und Therapie. Tübingen: Dgvt-Verlag 1998

DIE LAGE

Nach wie vor ist Realität, dass im Psychologiestudium und in den Ausbildungen der diversen therapeutischen Richtungen Homosexualität entweder nicht oder nur am Rande vorkommt und meist im alten diskriminierenden Stil abgehandelt wird. Psychotherapeut(inn)en mit der üblichen beruflichen Sozialisation sind daher in der Regel auf die Arbeit mit Lesben und Schwulen nur schlecht vorbereitet. Auf der anderen Seite gibt es lesbische und schwule (und auch einige heterosexuelle) Psychotherapeut(inn)en, die sich besonders für die Arbeit mit Lesben und Schwulen qualifizieren, etwa durch aktive Mitarbeit im VLSP (Teilnahme an den Kongressen, Regionalgruppen, Intervisionsgruppen, Veröffentlichungen usw.). Haben wir es hier also mit einem Fall für die Sonderbedarfszulassung im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes zu tun?

Was die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung betrifft, so gilt der Grundsatz, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Sicherstellung einer ausreichenden und angemessenen Versorgung der Patient(inn)en verpflichtet sind. Man könnte die psychotherapeutische Versorgung von schwulen und lesbischen Patient(inn)en daher als spezifische Tätigkeit definieren (ähnlich wie bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen), für die besondere Qualifikationen erforderlich sind, die nur spezifisch ausgebildete Therapeut(inn)en aufweisen können. In der Praxis können die bei den KV angesiedelten, formell aber unabhängigen Zulassungsausschüsse „Ermächtigungen“ für die Behandlung bestimmter Erkrankungen erteilen, wenn die entsprechende „Fachkunde“ nachgewiesen ist. Hier stellen sich folgende Fragen:

- Wie kann bei den Mitgliedern der Zulassungsausschüsse (Vertreter/innen der KV, der Krankenkassen und der ärztlich-psychotherapeutischen Berufsverbände) und gegebenenfalls auch der zuständigen Widerspruchsinstanzen (bis zu den Sozialgerichten) das entsprechende Problembewusstsein erzeugt werden?
- Wie können wissenschaftlich-fachlich lesbien- und schwulenspezifische Erkrankungen und Notlagen, der spezifische Versorgungsbedarf und die spezifische Fachkunde von lesbischen und schwulen (und evtl. heterosexuellen) Therapeut(inn)en nachgewiesen werden?

DISKUSSION

Ziel müsse sein, sowohl für niedergelassene Psychotherapeut(inn)en als auch für spezifische Institutionen (Lesben- und Schwulenberatungsstellen) Abrechnungsmöglichkeiten mit den KV bzw. Krankenkassen zu erreichen (wobei beide Formen der psychosozialen Versorgung von Lesben und Schwulen nicht gegeneinander ausgespielt werden dürften). Um dieses Ziel zu erreichen, gebe es zwei Möglichkeiten, nämlich den Nachweis lesbien- und schwulenspezifischer Krankheitsbilder oder den Nachweis, dass Lesben und Schwule das bestehende Versorgungssystem nicht oder kaum nutzen, weil es nicht auf sie eingestellt ist und sie dort mehrheitlich negative Erfahrungen machen. Die Mitglieder des Arbeitskreises waren mehrheitlich der Meinung, es sei sinnvoller, sich auf die letztgenannte Möglichkeit zu konzentrieren. So lägen bereits heute mehrere Untersuchungen vor, welche die Mangelhaftigkeit des allgemeinen Versorgungssystems in Bezug auf die Versorgung von Lesben und Schwulen dokumentieren könnten, z.B. eine Befragung aller Psychotherapeut(inn)en im Rhein-Neckar-Raum durch die Mannheimer Lesben und Schwulenberatungsstelle PLUS, eine Befragung aller Münchner Beratungseinrichtungen durch das Sozialreferat der Stadt München, eine Freiburger Untersuchung über die Erfahrungen von Lesben in der Psychotherapie oder Untersuchungen zu Erfahrungen mit Weiterbildungsangeboten für „Heterotherapeut(inn)en“ (Mannheim/Waldschlösschen).

Um in dieser Richtung weiter zu arbeiten, wurden folgende Einzelmaßnahmen vorgeschlagen:

- Nachfrage bei den KV, welche Therapeut(inn)en sie für lesbische und schwule Problemlagen empfehlen und wodurch diese qualifiziert seien
- Befragung von Klient(inn)en von Lesben- und Schwulenberatungsstellen zu ihren Erfahrungen mit der therapeutischen Versorgung
- Befragung der VLSP-Mitglieder zum Thema
- Analyse der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Fachliteratur zum Thema „Homosexualität“

- Entwicklung von Kriterien für eine fachgerechte psychosoziale Versorgung von Lesben und Schwulen, etwa Nachweis des Zusammenhangs zwischen schwuler/lesbischer Identitätsfindung und psychischer und körperlicher Gesundheit
- Initiierung eines Forschungsprojekts zum Thema „Psychosoziale Versorgung von Lesben und Schwulen“.

Psychosoziale Versorgung psychisch kranker schwuler Männer in Berlin

REINHARD LIST

Der Autor arbeitet als Psychologe in der Schwulenberatung Berlin mit schwulen und bisexuellen Männern. In seinem Beitrag beschäftigt er sich zunächst allgemein mit psychiatrischen Erkrankungen bei schwulen Männern, um dann die Angebote der Schwulenberatung vorzustellen.

PSYCHIATRISCHE ERKRANKUNGEN BEI SCHWULEN MÄNNERN

In ihrem Buch „Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie“ legen Herzog und Tergeist (1996) dar, dass psychische Erkrankungen den Ergebnissen verschiedener Studien zufolge bei schwulen Männern und lesbischen Frauen nicht weiter verbreitet sind als bei Heterosexuellen. Das deckt sich auch mit den Erfahrungen aus meiner Arbeit in der Schwulenberatung Berlin und als Psychotherapeut schwuler Klienten. Es gibt allerdings bei schwulen Männern manchmal erhebliche zusätzliche Belastungen und auslösende Faktoren psychischer Erkrankungen (Stressoren).

Ich orientiere mich hier am Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Zubin und Spring, das sie 1977 im Rahmen der Schizophrenieforschung entwickelt haben. Den Autoren zufolge besteht eine genetische Anlage für die Schizophrenie, die zu einer bestimmten Vulnerabilität (Verletzlichkeit) führt. Diese Vulnerabilität kann durch so genannte Stressoren vergrößert werden, was zum Ausbruch einer psychiatrischen Erkrankung führen kann. Solche belastenden Faktoren liegen vor allem im Bereich familiärer Rahmenbedingungen, der Kommunikation und einer fehlenden emotionalen Unterstützung. Verringert werden kann die Verletzlichkeit durch bestimmte Strategien zur Bewältigung (Coping) eines Problems.

Bei schwulen Männern stellt besonders die Bewältigung des Coming-out eine schwierige Phase dar (oft parallel zur Pubertät); dies kann Ursache einer emotionalen Krise werden, die (bei vorliegender Disposition) offenbar vor allem Psychosen auslösen kann. Die meisten Erstmanifestationen einer Psychose sind in der Pubertät zu beobachten. Neben diesen innerpsychischen Prozessen können auch fehlende familiäre oder soziale Unterstützung, Probleme in Beruf oder Ausbildung, Diskriminierungserfahrungen oder Angst davor oder eine HIV-Infektion eine entscheidende Rolle als Stressoren spielen.

Schutzfaktoren gegen solche Stressoren und die Erhöhung der Verletzlichkeit können z.B. gelernte Bewältigungsstrategien, günstige Umweltbedingungen oder zusätzliche soziale Kompetenzen sein. Auch Medikamente können unter Umständen die Vulnerabilität senken (bei Psychosen Neuroleptika, bei Depressionen Antidepressiva).

DIE ANGEBOTE DER SCHWULENBERATUNG BERLIN

Die Schwulenberatung Berlin ist eine psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle für schwule und bisexuelle Männer (und ihre Angehörigen) aus Berlin und Teilen Brandenburgs. Finanziert wird sie zu einem großen Teil aus Zuwendungen des Gesundheitsbereichs, im Betreuungsbereich aus Tagessätzen der Pflichtversorgung des Landes Berlin.

Zentrale Aufgabe ist die psychosoziale Beratung von Einzelklienten, Paaren und Angehörigen zu den Themen Coming-out, HIV/AIDS, körperliche/geistige Behinderung, psychiatrische und/oder Suchterkrankung. Darüber hinaus bietet die Schwulenberatung angeleitete Gruppen zu diesen Themen und Selbsthilfegruppen (z.B. eine Gruppe der Anonymen Alkoholiker). Ergänzt wird dieses Spektrum durch sozialrechtliche Beratung, Rechtsberatung sowie Renten- und Schuldnerberatung.

Neben einer offenen Kontaktgruppe, die ohne Voranmeldung und Vorgespräch besucht werden kann, gibt es einen Kontakttreff, der hauptsächlich von psychiatrischen und Suchtklienten besucht wird.

Bereich Krisenversorgung: An allen Wochentagen wird eine persönliche Krisensprechstunde für Hilfe Suchende angeboten, wobei es eine spezielle Sprechstunde für jugendliche Klienten gibt. Auch die telefonische Krisenberatung ist tagsüber gewährleistet, nachts und am Wochenende wird mit dem berlinweiten Krisendienst kooperiert. Im Bedarfsfall wird mit den Krisenstationen der psychiatrischen Kliniken zusammengearbeitet.

Bereich betreutes Wohnen: In Schöneberg (schwuler Wohnbezirk im Westteil Berlins) gibt es eine berlinweite therapeutische Wohngemeinschaft für psychisch Kranke mit sechs Plätzen, in Prenzlauer Berg (schwuler Wohnbezirk im Ostteil Berlins) eine therapeutische Wohngemein-

schaft mit vier Plätzen. Zusätzlich wird derzeit eine therapeutische Wohngemeinschaft für sechs alkohol- und medikamentenabhängige Klienten aufgebaut (ebenfalls in Schöneberg). Kooperationen gibt es mit Nachsorge-Wohngemeinschaften für schwule Klienten, hinsichtlich der therapeutischen WGs und des Übergangswohnens mit einem anderen Träger. Betreutes Einzelwohnen für schwule Männer mit HIV/AIDS ist geplant.

Bereich ambulante Hilfen: Die Schwulenberatung ist als Träger der Jugendhilfe anerkannt und bietet hier sozialpädagogische Familienhilfen und Einzelfallhilfen für Jugendliche an. Diese haben meistens Probleme in der Familie, mit Drogen, dem Coming-out, mit dem Weglaufen, einer HIV-Infektion oder mit Prostitution. Der Bereich arbeitet mit Jugendämtern, psychiatrischen Institutionen und anderen Jugendhilfeträgern wie Wohneinrichtungen für Jugendliche zusammen.

Im Erwachsenenbereich werden ambulante Hilfen für alle Zielgruppen der Schwulenberatung (einschließlich Haftentlassener) durchgeführt. Bisher werden schwule Einzelfallhelfer lediglich vermittelt, angestrebt wird, diese Form der Betreuung direkt anzubieten. Ambulante Hilfen dienen der Unterstützung bei der Alltagsbewältigung im Wohnumfeld der Klienten.

Bereich ambulante Therapie und stationäre Versorgung: In der Versorgung von Suchtkranken ist die Schwulenberatung als Einrichtung der ambulanten Therapie und Nachsorge anerkannt. Bei der stationären Versorgung und Therapie von Klienten arbeitet die Schwulenberatung Berlin mit den zuständigen Suchtkliniken, HIV-Schwerpunktpraxen bzw. -stationen, psychiatrischen Krankenhäusern und Tageskliniken zusammen.

Bereich psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung: Die Schwulenberatung verweist Klienten an niedergelassene Psychiater, Fachärzte und Psychotherapeuten, welche ihrerseits Klienten an uns verweisen. Neben der Teilnahme an verschiedenen Fachtreffen zu Psychiatrie und Sucht findet ein regelmäßiger Austausch mit diesen Kooperationspartnern statt.

Bereich Arbeit: Das Teilprojekt „Zukunft positiv“ führt Seminare zur beruflichen Re-Orientierung für Menschen mit HIV und AIDS durch. Darüber hinaus sind einige psychiatrische Klienten in externen Zuverdienstbetrieben beschäftigt oder engagieren sich ehrenamtlich.

FAZIT

Sowohl die Nachfrage der Klienten nach unseren Angeboten als auch ihre subjektive Zufriedenheit und die positiven Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit bestärken uns in unserer bisherigen Arbeit. Die vorgestellten Angebote der Schwulenberatung sind als Alternativen und Ergänzungen zum bestehenden Versorgungssystem zu sehen, die neben der Gesundheit der Klienten auch ihrer (Re-)Integration in den Alltag und in schwule soziale Zusammenhänge dienen sollen. Sie stellen Orte der Akzeptanz und Förderung von homosexueller Identität und Schutzräume vor Diskriminierung dar. In diesem Rahmen können andere existenzielle Themen besprochen werden, um danach die Schutzräume wieder verlassen und wieder ohne professionelle Hilfe zurechtkommen zu können. Wir gehen davon aus, dass solche Angebote auch in Zukunft notwendig sein werden, um spezielle Versorgungslücken für schwule Männer zu schließen und in Kooperation mit anderen eine bessere Unterstützung für unsere Klienten zu gewährleisten.

LITERATUR

Cabaj/Stein 1996

Cabaj, R. P./Stein, T. S.: Textbook of Homosexuality and Mental Health. Washington (D.C.): APA Press 1996

Herzog/Tergeist 1996

Herzog, G./Tergeist, G.: Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrieverlag 1996

Rohde-Dachser 1994

Rohde-Dachser, C.: Männliche und weibliche Homosexualität. In: Zeitschrift für Sexualforschung, Heft 9/10, 827–841

Berichte an die Gutachter/innen – selbstverständlich lesbisch und schwul?

ANTJE DOLL

Therapeut(inn)en, die Berichte an die Gutachter/innen gemäß den Psychotherapierichtlinien schreiben, sind oft unsicher, ob und wie sie von der homosexuellen Lebensform ihrer Patient(inn)en berichten sollen. Der Workshop bot die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und hatte zum Ziel, mehr Sicherheit und Routine für das Schreiben solcher Berichte zu vermitteln.

Eingeleitet wurde die Diskussion mit folgenden Fragen:

- Welche Erfahrungen habe ich als Berichtschreiber/in mit den Gutachter(inne)n bezüglich der Akzeptanz sexueller Lebensformen gemacht?
- Ist es selbstverständlich, dass ich über die sexuelle Identität meiner Patient(inn)en schreibe?
- Verstecke ich Gleichgeschlechtlichkeit lieber in neutralen Begriffen?
- Wie verhalten sich Patient(inn)en, wenn es darum geht, ihren biographischen Hintergrund und ihre sexuelle Identität in Berichten offen zu legen?
- Können wir etwas bewirken, wenn wir im Bericht einen offenen, nicht problematisierenden Umgang mit gleichgeschlechtlichen Lebensformen und sexuellen Identitäten anbieten?
- Habe ich Angst, meine Patient(inn)en zu diskriminieren, wenn ich Beziehungsstrukturen unter psychopathologischen Gesichtspunkten darlege?

ERFAHRUNGEN

Die Erfahrungen mit dem Berichts- und Gutachterwesen können wie folgt zusammengefasst werden:

Datenschutz

Bei den Berichten an die Krankenkassen kann man sich hinsichtlich des Datenschutzes und der Anonymisierung relativ sicher sein. Schwieriger ist dies bei Berichten, die an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gehen, da diese z.T. von Angestellten geöffnet, gelesen und/oder bewertet werden. Berichte an die Beihilfe und/oder Privatkassen werden prinzipiell nicht verschlüsselt, d.h. Name, Geburtsdatum und Anschrift der Patient(inn)en sind für Sachbearbeiter/innen und Gutachter/innen offensichtlich, Details der Berichte sind prinzipiell namentlich rückführbar und somit nicht vor Datenmissbrauch geschützt. Es erscheint daher notwendig, allgemeiner zu formulieren.

Widerspruchsmöglichkeiten

Wird ein Bericht von einem Gutachter/einer Gutachterin abgelehnt, kann bei der zuständigen Kasse ein Obergutachten beantragt werden. Hierfür wird neben dem ursprünglichen Bericht eine detaillierte Stellungnahme des/der Berichtenden verlangt. Hat man mit bestimmten Gutachter(inne)n schlechte Erfahrungen gemacht, kann gegenüber der Kasse eingefordert werden, dass keine weitere Berichte an diese gesandt werden.

Zitat: „Die Entscheidung über Genehmigung oder Ablehnung der Psychotherapie wird nicht vom Gutachter, sondern auf der Grundlage seiner Beurteilung von der Krankenkasse selbst getroffen“ (s. „Implikationen des Gutachterverfahrens“, Faber/Haarstrick 1994, S. 83). Da die Gutachter/innen – juristisch betrachtet – gegenüber der Krankenkasse

nur Empfehlungen aussprechen, gibt es hier Spielräume, wenn man die Krankenkasse von der Wirtschaftlichkeit und Effizienz einer Maßnahme überzeugen kann, z.B. bei Beantragung eines Restkontingentes (oder eines größeren als des bewilligten Kontingentes) im Hinblick auf nahenden Abschluss und Vermeidung eines erneuten Gutachtens oder zur Vermeidung von Krisen oder stationärem Aufenthalt.

EMPIRISCHE DATEN – ZUM SINN UND UNSINN DER BERICHTE UND DES GUTACHTERVERFAHRENS Ergebnisse der Studie von Dr. Hans-Ulrich Köhlke (Köhlke 2000)

Anlage der Studie

Durchgeführt wurde die Untersuchung in einem Bezirk Bayerns; die Rücklaufquote war mit 61 % immens hoch (in vergleichbaren Studien gelten Rücklaufquoten von 30 % als sehr gut). 46 % der Antworten kamen von Ärzt(inn)en, 46 % von Psycholog(inn)en, der Rest von Psychotherapeut(inn)en für Kinder und Jugendliche; das entspricht der durchschnittlichen Verteilung. 70 % der Antwortenden waren seit über fünf Jahren zugelassen, 33 % hatten zum Erhebungszeitpunkt bereits mehr als 100 berichtspflichtige Anträge geschrieben.

Die Studie kann in allen erhobenen Daten als repräsentativ gelten.

Ergebnisse

- Der Zeitaufwand für Erstanträge beträgt im Schnitt vier bis fünf Stunden. Gleichwohl wird immer wieder von Chefärzt(inn)en oder Gutachter(inne)n gefordert, dass man mit einer halben bis einer Stunde Zeitaufwand einen Bericht erstellen können müsste. Dies entspricht nachweislich nicht der Realität ambulant Tätiger und führt dazu, dass sie sich als „defizitär“ und inkompetent erleben;

außerdem verstärkt es natürlich den negativen Druck, der beim Berichtschreiben erlebt wird.

- Für Fortführungsanträge braucht man durchschnittlich zwei bis drei Stunden.
- Angesichts der hohen Komplexität der Fälle, die abstrahiert und konzentriert dargestellt werden muss, handelt es sich bei den Berichten eigentlich eher um Gutachten, obwohl sie nicht entsprechend honoriert werden. Viele Praktiker/innen sprechen wohl auch deshalb davon, Gutachten – und nicht Berichte – zu schreiben.
- Im Schnitt werden 4 % der Berichte abgelehnt.
- Nicht überprüfbar ist die Qualifikation der Gutachter/innen, Transparenz und Prüfbarkeit ihrer Entscheidungen fehlen.
- Viele Gutachter/innen meinen offenbar, den praktisch tätigen Kolleg(inn)en durch das Gutachten kollegialen Austausch und Supervision bieten zu können. Das wird von den Berichtschreiber(inne)n nicht so gesehen, sie fühlen sich vielmehr „pädagogisiert“ und an die Schulzeit erinnert. Viele Praktiker/innen vermeiden die Verlängerung von Therapien, weil sie sich nicht noch einen Bericht zumuten mögen.
- Mit der Realität in der Therapie hat das im Bericht Dargestellte oft wenig zu tun, häufig werden eher neueste Forschungserkenntnisse wiedergegeben. Therapierrelevante Wirkfaktoren wie die Beziehungsqualität, Flexibilität im Umgang mit unvorhergesehenen neuen Erkenntnissen und sich entwickelnden Dynamiken oder die Integration von angemessenen, z.T. aber nicht richtlinienkonformen Methoden können nicht dargestellt und nicht gewertet werden, sind somit durch die Gutachter/innen nicht prüfbar. Damit werden auch für die Qualitätssicherung hoch relevante Aspekte nicht berücksichtigt.
- Der logische Schluss „schlechter Antrag = schlechte Therapie“ (und umgekehrt) ist nicht zulässig, wird aber durch das Gutachterverfahren verfestigt.
- Das Gutachtersystem verursacht immense Kosten; in keinem anderen (wirtschaftlichen) Bereich werden annähernd ähnlich hohe Summen für die Qualitätssicherung ausgegeben. Die Kosten für ambu-

lante Psychotherapie sind vergleichbar mit den Ausgaben für Ginkgo-extrakte oder Aspirin (bundesweit beläuft sich das Budget für Psychotherapie auf 0,5% des Gesamtvolumens der medizinischen Versorgung). Die reinen Begutachtungskosten (ohne Einrechnung des Personalaufwandes bei den Krankenkassen) belaufen sich auf etwa 24 Millionen DM pro Jahr, alles in allem dürfte das Gutachtersystem ca. 50 Millionen DM kosten, durchschnittlich zwei bis drei Prozent des Gesamtbudgets. Zum Vergleich: In der somatischen Medizin belaufen sich die Prüfkosten auf 0,3–0,5%.

- Für die Gutachter/innen bedeutet das Gutachtersystem einen Nebenverdienst von 100.000,- bis 300.000,- DM pro Jahr (berechnet auf der Grundlage von 55,- DM pro Gutachten). Nicht zu übersehen ist, dass viele Gutachter/innen in eben jenen Kommissionen sitzen, die über die Richtlinien und das Verfahren bestimmen. Diese Mischung der Ämter scheint sich ungünstig auf notwendige Neuerungen bei Qualitätssicherungsmaßnahmen auszuwirken.

Fazit

Fazit seiner Studie sei, so Dr. Köhlke, dass der Aufwand für das Schreiben der Berichte (unabhängig von der theoretischen Schule und den Erfahrungen) unter dem Aspekt der Qualitätssicherung weder sinnvoll noch wirtschaftlich zu rechtfertigen sei.

DISKUSSION

Niemandem der Workshop-Teilnehmer/innen ist bislang ein Bericht abgelehnt worden, in dem offen über Homosexualität geschrieben wurde. Die allermeisten Gutachter/innen scheinen die homosexuelle Lebensform nicht als „krankheitswertig“ zu sehen, Homosexualität muss nicht psychodynamisch reflektiert werden (auch wenn dies von einzelnen analytisch ausgebildeten Supervisorinnen/Supervisoren angeraten wird). Dennoch besteht bei vielen Berichtschreiber(inne)n offenbar

Unsicherheit darüber, ob man das schreiben könne, „was man denkt“. Im Bericht authentisch zu sein, fördere einerseits den Denkprozess und den Schreibfluss, lasse andererseits aber Befürchtungen aufkommen, den Bericht bei den Gutachter(inne)n nicht „durchzubringen“ und damit der eigenen Verantwortung nicht gerecht zu werden. Die Erfahrungen der Workshop-Teilnehmer/innen mit dem Authentisch-Sein waren aber, anders als die ängstlich-unsicher getönten Phantasien, durchgängig recht positiv. Deutlich wurde, dass ich als Berichtschreiber/in *generell* im Konflikt stehe zwischen dem Kampf um Akzeptanz und der Furcht vor Ablehnung und dass die Gutachter/innen häufig als zu mächtig phantasiert werden. Man könne aber davon ausgehen, dass viele von ihnen im Umgang mit Homosexualität ein „schlechtes Gewissen“ hätten und homosexuelle Themen deswegen eher nicht diskutierten bzw. es deswegen nicht zum Konflikt kommen ließen.

Dürfen Patient(inn)en ihre Diagnose erfahren und/oder die Berichte einsehen? Rein rechtlich darf dies prinzipiell nicht geschehen, die Praxis sieht aber offenbar anders aus: Die Bandbreite reichte hier von „Ich würde einem Patienten nie einen Bericht zu lesen geben“ bis zu „Ich gebe denen das zu lesen“ oder „Ich lese Passagen daraus vor“. Ob Inhalte des Berichts offen gelegt werden, wird unter anderem vom Erfahrungshorizont der Patient(inn)en und vom Ausmaß und der Art der Störung abhängig gemacht; die Erfahrungen mit eher narzisstisch gestörten Patient(inn)en unterscheiden sich offenbar von denen mit eher depressiv gestörten.

Am Schluss der Diskussion stand die Frage, ob bzw. wann lesbische Therapeutinnen und schwule Therapeuten sich selbstbewusst als Spezialist(inn)en begreifen. Deutlich wurde, dass lesbische und schwule Therapeut(inn)en ihr Wissen konstruktiv in die Beschreibung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens einbringen können; schließlich werden sie zum Teil gezielt als lesbische und schwule Therapeut(inn)en aufgesucht. Dies wirkt sich auch positiv auf das aufzubauende Arbeitsbündnis und Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut/in und Patient/in aus. Unter Umständen erfahren die Patient(inn)en in einer solchen therapeutischen Beziehung eine positive narzisstische Spiegelung.

Stellt sich also die Frage: Sollte man bei den Zulassungsausschüssen der KV für Sonderermächtigungen für schwule und lesbische Therapeut(inn)en eintreten?

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

Arbeitskreis OPD (Hg.) 1998

Arbeitskreis OPD (Hg.): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 2. Auflage. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Verlag Hans Huber 1998

Ermann 1999

Ermann, M.: Psychotherapie und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer 1999

Faber/Haarstrick 1996

Faber, F. R./Haarstrick, R.: Kommentar Psychotherapierichtlinien. 4. Auflage. Neckarsulm/Stuttgart: Jungjohann Verlagsgesellschaft 1996

Hohage 1997

Hohage, R.: Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. 2. Auflage. Stuttgart/New York: Schattauer 1997

Hoffmann/Hochapfel 1999

Hoffmann, S. O./Hochapfel, G.: Neurosenlehre, psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. 6. Auflage. Stuttgart/New York: Schattauer 1999

Keil-Kuri 1995

Keil-Kuri, E.: Vom Erstinterview zum Kassenantrag (Autorin des verhaltenstherapeutischen Teils: Dipl.-Psych. Gudrun Görlitz). 2. Auflage. Neckarsulm/Stuttgart: Jungjohann Verlagsgesellschaft 1995

Klußmann 1999

Klußmann, R.: Psychotherapie. 3. Auflage. Berlin/Heidelberg/New York: Springer 1999

Die Veröffentlichung von Herrn Rudolf Klußmann kann nur mit großen Einschränkungen empfohlen werden, da Herrn Klußmann

aufgrund seiner Äußerungen über Homosexualität deutliche homophobe Tendenzen zu unterstellen sind.

Köhlke 2000

Köhlke, H.-U.: Das Gutachterverfahren in der Vertragspsychotherapie: eine Praxisstudie zu Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit. Tübingen: Dgvt-Verlag 2000

Wie in jedem Jahr wurde auch diesmal auf dem VLSP-Kongress ein Arbeitskreis zu Forschungsarbeiten zu „schwul-lesbischer Psychologie“ angeboten, der dem persönlichen und fachlichen Austausch von Diplomand(inn)en, Doktorand(inn)en und anderen Interessierten diene. Viele arbeiten nämlich vergleichsweise isoliert und ohne breite Unterstützung vor Ort an ihren als „randständig“ angesehenen Themen. Der Workshop führte 19 Teilnehmer/innen mit recht unterschiedlichem Hintergrund zusammen (die meisten von ihnen schrieben an Diplom- oder Doktorarbeiten), die sich über ihre eigenen Forschungen und gleiche oder ähnliche Schwierigkeiten austauschten. Einige standen noch ganz am Anfang, hatten Schwierigkeiten bei der Eingrenzung des Themas oder bei der Literatursuche, andere hatten ihre Forschungsarbeiten schon fast abgeschlossen. Sie blickten eher darauf zurück, wie sich der Fokus im Verlauf der Bearbeitung geändert hatte oder wie sie das Thema immer selbstverständlicher präsentieren konnten.

Einigkeit herrschte über die Vorteile der Bearbeitung lesbisch-schwuler Themen:

- Die innere Beteiligung der Forschenden führt zu hoher Motivation.
- Wenn Lesben und Schwule an diesen Themen arbeiten, werden die „richtigen“ Fragen gestellt – d.h. jene, welche für uns selbst bedeutsam und interessant sind.
- Die besonderen Kenntnisse, die wir durch eigene Erfahrungen erworben haben, helfen uns, die Themen richtig anzugehen.

Schwierigkeiten sind:

- Es ist notwendig, aber nicht immer leicht, genügend innere Distanz zum Thema und zu den Ergebnissen herzustellen.
- Das Thema zu nennen, bewirkt ein Coming-out in Zusammenhängen, in denen es vielleicht nicht erwünscht ist, z.B. wenn das Thema auf dem Diplomzeugnis steht.

An diesen Punkt schloss sich eine längere Diskussion darüber an, ob die Bearbeitung lesbisch-schwuler Themen generell mit einem Coming-out gleichzusetzen sei, das der/die Betroffene dann nicht mehr steuern könne, und welche Konsequenzen das für den Berufseinstieg und die weitere berufliche Zukunft haben könne. Einige gaben zu bedenken, eine distanzierte Präsentation des Forschungsgegenstandes mache es möglich, dies ohne „implizites Coming-out“ zu tun. Je etablierter die lesbisch-schwule Psychologie werde, um so weniger eindeutig könne man die sexuelle Orientierung der Forschenden mit den Themen in Beziehung bringen. Möglicherweise handele es sich also um ein Problem, das vorwiegend in unseren Köpfen vorhanden ist, während Dritte keineswegs unmittelbar vom Forschungsgegenstand auf die sexuelle Orientierung des/der Forschenden schlössen. Diskutiert wurde auch darüber, wie man Ergebnisse der Forschung politisch nutzen und die Forschungsarbeiten anregen könne, die man für die politische Arbeit benötige.

Um sich zu vernetzen, tauschten die Teilnehmer/innen ihre E-Mail-Adressen aus. Auf diesem Wege soll auch über zukünftige Forschungsprojekte informiert werden, für die ein Antrag auf EU-Förderung in Vorbereitung ist: Geplant ist z.B. die Einrichtung einer Internet-Datenbank, in die man selbstständig Forschungsarbeiten eintragen kann.

Begegnungen der „dritten Art“: Was tun, wenn Therapeut/in und Klient/in in der Szene aufeinander treffen?

KLAUS TILLMANN UND ULRICH TREIBER

Wenn sich Klient(inn)en und Therapeut(inn)en außerhalb des Therapiezimmers begegnen, reagieren beide Seiten in der Regel unsicher und befangen. Dies gilt umso mehr, wenn es an Orten der schwul-lesbischen Subkultur, die in erster Linie der sexuellen Kontaktaufnahme dienen, oder im Freundes- und Bekanntenkreis zu einem derartigen Aufeinandertreffen kommt. In diesem Workshop wollten wir einen Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmer(inne)n anregen und einige Orientierungshilfen für zukünftige Begegnungen erarbeiten. Um die beschränkte Zeit von eineinhalb Stunden effektiv zu strukturieren, wurden nach einer gegenseitigen Vorstellung die Positionen zu einigen Thesen räumlich illustriert. Danach konnten die Teilnehmer/innen konkrete Erfahrungen in Rollenspielen sammeln.

Bereits in der Vorstellungsrunde wurde deutlich, wie unterschiedlich die individuellen Erfahrungen, persönlichen Haltungen und Umgangsweisen waren. Diese variierten je nach der privaten und beruflichen Situation und dem therapeutischen Selbstverständnis der Teilnehmer/innen. So haben Szene-Begegnungen für psychoanalytische Therapeut(inn)en angesichts der hier geltenden Abstinenzregeln eine viel größere Brisanz als etwa für die Mitarbeiter/innen einer Schwulen- oder Lesbenberatung, für die ein Aufeinandertreffen mit Klient(inn)en in der Szene oder auf dem CSD selbstverständlich ist oder im Sinne des Modell-Lernens sogar als therapieförderlich gilt. Beides birgt umgekehrt die Gefahr einer „déformation professionnelle“ in sich, wenn auch in ganz verschiedenen Richtungen: Den psychoanalytisch Tätigen drohen Vermeidung und Ich-Einschränkung, im Extremfall Vereinsamung und Isolation, die Berufslesbe und der Bewegungsschwule könnten zur Entwertung der Klient(inn)en neigen: „Hallo sagen und schnell umdrehen“, wie ein Teilnehmer seine derzeitige Haltung beschrieb.

Um das Spektrum der Erfahrungen und der individuellen Auffassungen – vom offensiven Umgang bis zur vermeidenden Selbstbeschränkung – anschaulich werden zu lassen, baten wir die Teilnehmer/innen, sich bezüglich mehrerer vorgegebener Dimensionen räumlich zu positionieren. Im Rahmen dieser Aufstellungen regten wir an,

dass die einzelnen Positionen miteinander ins Gespräch kommen, um so die unterschiedlichen Standpunkte zu verdeutlichen.

Dabei ging es um folgende Fragen:

- **Hatten die Seminarteilnehmer/innen schon einmal entsprechende Begegnungen?**

Die Mehrzahl beantwortete diese Frage mit ja.

- **Waren sie der Auffassung, dass Szene-Begegnungen eher therapieförderlich sind oder tunlichst vermieden werden sollten?**

Bei dieser Fragestellung war eine deutliche Tendenz zur Mitte zu verzeichnen. Einige „Außenseiter/innen“ begründeten ihre Positionen vorwiegend mit patientenbezogenen Argumenten, aber auch mit der eigenen Psychohygiene.

- **Würden sie im Falle einer Begegnung eine aktive Begrüßung oder ein geflissentliches Ignorieren vorziehen?**

Die Mehrheit der Teilnehmer/innen wollte sich einer eventuellen Begegnung aktiv stellen, allerdings war hier die Streuung breiter als bei der vorangegangenen Frage.

- **Sollte es nach einer Szene-Begegnung den Klient(inn)en überlassen bleiben, ob sie diese in der Therapiesitzung ansprechen, oder sollte sie auf jeden Fall „durchgearbeitet“ werden?**

Hier zeigte sich eine asymmetrische Verteilung in Form einer „Traube mit Stiel“. In dieser Frage gingen die Meinungen am weitesten auseinander.

In einem Rollenspiel konnten die Teilnehmer/innen das Thema „Therapiesitzung nach einer Szene-Begegnung mit meinem Klienten/mei-

ner Klientin“ anschließend auf einer persönlicheren Ebene weiter vertiefen. Für die parallelen Kleingruppen hatten wir zwei unterschiedliche Szenarien entwickelt:

- Für schwule Männer wählten wir eine vorausgegangene (Sicht-) Begegnung im Darkroom, die Therapeut und Klient unterschiedlich wahrgenommen hatten.
- Für den lesbischen Erfahrungsbereich gaben wir vor, dass die Klientin auf einer privaten Party vor der Sitzung gesehen hat, wie die Therapeutin ihre Partnerin leidenschaftlich küsste.

Therapeut/in und Klient/in erhielten unterschiedliche Instruktionen, die im Spiel zu einem Konflikt führen mussten. Die Beobachter/innen dieser Rollenspiele wurden anschließend gebeten, ihre Empfindungen in einer Gruppendiskussion auszutauschen und daraus Orientierungshilfen für sich abzuleiten.

Wie nicht anders zu erwarten war, lieferte die Auswertung keine Patentrezepte. Zu unterschiedlich waren die Situationen, die beteiligten Persönlichkeiten, die jeweiligen professionellen Haltungen. Dennoch lassen sich aus unserer Sicht einige Gemeinsamkeiten feststellen:

Günstig scheint es zu sein, sich als Therapeut/in in solchen Fällen um Authentizität zu bemühen, um nicht den beschriebenen Gefahren der „déformation“ zu verfallen. Das bedeutet, sich mehr und mehr zu trauen, eigene Bedürfnisse mit beruflichen Erfordernissen in Einklang zu bringen.

Wir schlagen außerdem vor, das Bedürfnis nach Austausch, das in diesem Workshop so offenkundig wurde, in den eigenen Alltag einzubauen, denn nur dort lassen sich maßgeschneiderte Lösungen entwickeln. So könnten diese Fragen im Rahmen von Intervisionsgruppen diskutiert werden, um immer mal wieder die eigenen, mitunter notwendig erscheinenden, aber auf lange Sicht faulen Kompromisse zu hinterfragen.

Getreu der systemischen Devise, dass therapeutische (und auch Seminar-)Begegnungen eher anregend wirken sollen als der „Durcharbeitung“ zu dienen und eher Fragen aufwerfen als Antworten produzieren, gaben wir am Ende des viel zu kurzen Workshops den Teilnehmer(inne)n folgende Frage mit auf ihren Weg zurück in den therapeutischen Alltag:

„Angenommen, mich ritte der Teufel und ich wollte das tatsächlich: Wie könnte ich auf jeden Fall dafür sorgen, dass meine nächste Begegnung der ‚dritten Art‘ zu einer Belastung der therapeutischen Beziehung wird?“

Systemische Verstrickungen als Erklärung von Homosexualität in der Aufstellungsarbeit Bert Hellingers

THOMAS SYMALLA UND HOLGER WALTHER

Das Aufstellen und Sichtbarmachen von zwischenmenschlichen Beziehungen hat in gruppentherapeutischen und systemisch-familientherapeutischen Arbeitsweisen eine längere Tradition (unter verschiedenen Namen, z.B. Stuhl-/Skulpturarbeit oder „soziales Atom“) und einen festen Platz als Interventionsmöglichkeit. Die „Einfachheit“ und Effektivität haben viele Klient(inn)en und Therapeut(inn)en zu schätzen gelernt. Gerade für Systemiker/innen bietet sich dieses Herangehen an, um die Strukturen eines Systems sichtbar und erlebbar zu machen.

Durch die Arbeit und das Gedankengut von Bert Hellinger ist das Aufstellen von Familien- und anderen Systemen stark erweitert und laufend weiterentwickelt worden. Wir wollen uns in diesem Beitrag kritisch mit diesen Entwicklungen auseinander setzen, da Hellinger in der familientherapeutischen Szene nicht unumstritten ist: Seine Arbeit mit der Technik des Familienstellens, d.h. dem Aufstellen und Verändern eines Systems mit Hilfe von Repräsentant(inn)en einer anwesenden Gruppe, wird als nicht systemisch betrachtet. So arbeitet er oft mit Ursache-Wirkungs-Zuschreibungen und Etikettierungen, die Systemiker/innen gerade durch Fragetechniken (z.B. das zirkuläre Fragen) oder Umdeutungen (u.a. das Reframing) aufheben wollen, da ja erstere eben die Symptome bewirken und aufrechterhalten können. Hellinger selbst nennt seinen Ansatz „phänomenologisch“: „Ich arbeite mit dem, was ich sehe.“ Und das, was er sieht – bzw. gerade nicht sieht – hat sich in den letzten Jahren verändert.

So hat Hellinger in seiner therapeutischen Arbeit auch Ursachen für Homosexualität „gesehen“ – ein schwuler Familientherapeut muss hier natürlich doppelt aufhorchen, droht doch nicht nur eine Verwässerung des systemischen Ansatzes, sondern gleichzeitig auch eine erneute Pathologisierung und Stigmatisierung von Homosexualität. Wie nun deutet Hellinger Homosexualität? Wir beziehen uns hier auf das neueste Buch zu seiner Arbeit („Wie Liebe gelingt – Die Paartherapie Bert Hellingers“), das dem Thema Homosexualität erstmals explizit Raum unter der Rubrik „Paare in besonderen Situationen“ widmet.

Für (männliche) Homosexualität gibt es nach Hellinger drei systemische Bedingungen, die er als „Verstrickungen“ bezeichnet:

1. Jemand muss eine Frau vertreten, weil dafür kein Mädchen zur Verfügung steht (gegengeschlechtliche Identifizierung)

Stirbt z.B. in einer Familie eine Tochter bei der Geburt und werden danach nur noch Söhne geboren, so übernimmt einer der Söhne ihren Platz. Er repräsentiert also durch Identifikation eine weibliche Person und wird dadurch in seiner geschlechtlichen Identität verwirrt.

Lösung: Das tote Kind bekommt einen Platz in der Geschwisterfolge, und der Mann tritt seinen Eltern als Sohn gegenüber.

2. Jemand muss eine/n Ausgestoßene/n vertreten (auch eine/n gleichen Geschlechts!)

Ausgestoßene werden tabuisiert oder verteufelt. Da sie jedoch im System einen Platz und mit ihm eine Funktion haben, muss auf diesen leeren Platz aufmerksam gemacht werden. Dies tun Homosexuelle durch ihr Anderssein quasi aus Solidarität mit dem/der Ausgestoßenen.

Lösung: Der/die Ausgestoßene wird gewürdigt.

3. Jemand darf nicht aus dem Bannkreis der Mütter ausbrechen und zu seinem Vater können

Dies geschieht z.B. dann, wenn eine Frau ein Kind will, aber keinen Mann dazu, den Vater also ausklammert. Der Sohn bezieht die gesamte Energie ausschließlich von weiblichen Personen, das männliche Potenzial ist ihm nicht zugänglich.

Lösung: Der Sohn wendet sich dem Vater zu und nimmt von ihm.

Bei allen drei „Verstrickungen“ ist die Lösung nicht als Auf-Lösung der Homosexualität zu verstehen, was nach Hellinger auch gar nicht mög-

lich wäre (ob er es wollte, sei dahingestellt). Vielmehr ist das Ziel, den Symptomträger aus seiner systemischen Verstrickung zu lösen, damit er seine Energien für die Umsetzung seiner Wünsche und Ziele nutzen kann und sie nicht mehr dem System zur Verfügung stellen muss. Dazu sagt Hellinger: „Wenn ein homosexueller Mann oder eine homosexuelle Frau ihr Schicksal anerkennen, können sie ihre Homosexualität mit Würde nehmen und mit Würde dazu stehen. Auch wenn sie es als ein schweres Schicksal erkennen. Doch beziehen die homosexuellen Männer und Frauen, wenn sie zu diesem Schicksal stehen, aus ihm auch eine besondere Kraft.“

In unserer psychotherapeutischen Einzel- und der Paararbeit nutzen wir bereits seit Jahren die Systemaufstellung, auch in abgewandelten Formen. In Einzeltherapien verwenden wir bedeutungsneutrale Bauklötze, um die zum System gehörenden Mitglieder plastisch werden zu lassen. Doch lassen wir auch bei Bedarf wichtige Alltagsaspekte darstellen, um z.B. die Bedeutung von Arbeit, einem Hobby, von Krankheit oder einer ehrenamtlichen Mitarbeit zu erfassen. In der Arbeit mit Paaren haben sich Aufstellungen mit dem Paar selbst und mit Stühlen als Ersatz für die fehlenden Personen bewährt. Allerdings wird diese Arbeit durch fehlende Äußerungen spontaner Gefühle eingeschränkt, wie sie in der Arbeit Hellingers von den Protagonist(inne)en geleistet werden. Denn nicht selten führen gerade diese Äußerungen zu neuen Erkenntnissen und leiten Veränderungen ein, die durch Vermutungen der Klient(inn)en selbst nicht erreicht werden könnten.

Die Methode des Familienstellens hat sich unserer Ansicht nach bewährt, muss allerdings für die Arbeit mit schwulen Klienten weiterentwickelt werden. Das soll zukünftig in verschiedenen Seminaren geschehen, bei denen wir Erkenntnisse der Aufstellungsarbeit aufnehmen und der schwulen Sexualität und schwulen Identitäts- und Lebensformen den ihnen gebührenden Platz geben.

*Thomas Symalla und Holger Walther
Praxis für Paar- und Familientherapie
Albestr. 34, 12159 Berlin
Tel.: 0 30 / 8 59 14 12*

LITERATUR

Hellinger 1996

Hellinger, Bert: Ordnungen der Liebe. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag 1996

Neuhauser (Hg.) 1999

Neuhauser, Johannes (Hg.): Wie Liebe gelingt. Die Paartherapie Bert Hellingers. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag 1999

Symalla/Walther 1998

Symalla, Thomas/Walther, Holger: Systemische Beratung schwuler Paare. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag 1998

In diesem Workshop wurden zunächst Ergebnisse einer Studie zur Lage binationaler Paare in Deutschland vorgestellt, die von der Binats-Gruppe Frankfurt im Lesbian- und Schwulenverband Deutschland (LSVD) in Auftrag gegeben worden war:

- Die befragten gleichgeschlechtlichen Paare mit einem Partner/einer Partnerin aus dem Ausland litten erheblich unter den (rechtlichen) Rahmenbedingungen, z.B. unter einem unsicheren Aufenthaltsstatus, der Bürokratie oder der fehlenden eigenständigen materiellen Absicherung des ausländischen Partners. Auch die Befristung der Aufenthaltserlaubnis wurde in über der Hälfte der Fälle als Bedrohung empfunden.
- Die Beziehungen der Befragten bestanden im Durchschnitt schon über drei Jahre, wurden in etwa der Hälfte der Fälle als „Ehe ohne Trauschein“ oder als „Partnerschaft mit familiärem Charakter“ gesehen und waren zu etwa 90% monogam. Eine gegenseitige Unterpflicht wurde fast durchgehend als selbstverständlich angesehen. Das drückte sich auch darin aus, dass 80% der 179 Befragten ihren Partner/ihre Partnerin im Rahmen der eingetragenen Partnerschaft „heiraten“ würden. Dabei wären ein Aufenthalts- und Arbeitsrecht für den/die ausländische/n Partner/in unverzichtbar.
- Für zwei Drittel der Befragten bietet nur Deutschland die Möglichkeit, als Paar zusammenzuleben: Verfolgung von Homosexuellen im Herkunftsland, fehlende Existenzgrundlage für den deutschen Partner/die deutsche Partnerin im Ausland und familiäre Geheimhaltung sind die Gründe dafür, den/die ausländische/n Partner/in hierher zu holen. Dazu sind jedoch große Hürden zu überwinden, an denen oft auch die Partnerschaft scheitert. Zwar besteht Anspruch auf Ermessensentscheidung der Ausländerbehörde bei der Erteilung einer Aufenthaltsgenehmigung für den ausländischen Partner (höchststrichlerlich festgestellt), doch wurde dies bisher erst in wenigen Bundesländern in Verwaltungsvorschriften umgesetzt. Drei Viertel der Befragten fühlen sich im Kontakt mit der Ausländerbehörde von der Büro-

kratie erschlagen, durch lange Bearbeitungszeiten zermürbt und der Willkür ausgesetzt. Die Beamt(inn)en werden zwar von einem Drittel der Befragten als freundlich geschildert, nutzten aber ihren Entscheidungsspielraum nicht genügend zugunsten der Paare aus.

- Gravierend ist für viele das Arbeitsverbot für den ausländischen Partner, weil das die Abhängigkeit vom deutschen Partner verschärft. Nur ein Viertel der ausländischen Partner/innen hat derzeit eine Arbeitserlaubnis oder könnte sie – theoretisch – erhalten. Die Chancen stehen aber in der Regel nicht gut, weil Deutsche und andere EU-Bürger am Arbeitsmarkt Vorrang haben. Das führt in etwa zwei Dritteln der Fälle zu Gefühlen der Frustration und Nutzlosigkeit, bei 60% der befragten ausländischen Partner/innen auch zu Langeweile. Der deutsche Partner wiederum sieht sich der Aufgabe gegenüber, seinem Partner nicht nur die Familie zu ersetzen, sondern auch für das gemeinsame Auskommen sorgen zu müssen.
- Ein Viertel der Befragten bemängelte Schwierigkeiten bei der Anerkennung im Ausland erworbener schulischer und beruflicher Qualifikationen; dies stelle ein zusätzliches Hemmnis für die Integration dar. Die deutsche Sprache dagegen wird offenbar schnell gelernt. Das Bildungsniveau der befragten ausländischen Partner/innen ist im Durchschnitt hoch, was dem Klischee vom „armen, dummen, aber hübschen Ausländer“ widerspricht, der „sich einen reichen Deutschen angelt“. Nicht materielle Vorteile, sondern emotionale Gründe sind ausschlaggebend für die Einreise nach oder den Verbleib in Deutschland: 89% der befragten ausländischen Partner/innen verbinden automatisch die Begriffe „mein Partner“ und „Liebe“ mit Deutschland. Und auch mit einem weiteren Vorurteil räumt die Studie auf: Die meisten Paare haben sich nicht bei einem Urlaubsflirt kennen gelernt, sondern in 62% der Fälle in Deutschland. Häufig handelt es sich um ausländische Student(inn)en und Sprachschüler/innen mit einer befristeten Aufenthaltserlaubnis. Nach deren Ablauf müssen sie für mindestens ein Jahr zurück ins Heimatland, was die Beziehung stark belastet.

- Bilingualität wird von den meisten als positive Herausforderung gesehen, die verschiedenen Kulturen und Mentalitäten kennen zu lernen und Gegensätze zu erleben. Daher bejahten etwa 60% der Befragten die Aussage „Gegensätze ziehen sich an“ als charakteristisch für ihre Beziehung.

Klaus Hofmann fasste das Ergebnis der Untersuchung mit den Worten zusammen: „Die bilingualen Homo-Paare unterscheiden sich in der Lebensplanung und im Selbstverständnis nicht von heterosexuellen Paaren, werden aber durch die Rechtlosigkeit und durch die bürokratischen Hürden in der Entfaltung ihrer Persönlichkeit massiv beeinträchtigt.“

Anschließend illustrierte Erich Rossel die Probleme bilingualer Paare mit Beispielen aus der Beratungsarbeit für die Binats-Gruppe in Frankfurt (derzeit etwa 80 Paare, die ausländischen Partner/innen kommen aus 35 verschiedenen Nationen außerhalb der EU). Im Mittelpunkt stünden rechtliche Probleme (hierbei können die psychologischen Berater/innen auf Binats-Gruppen in mehreren Städten verweisen, die sich mit der Problematik gut auskennen und auch Kontakte zu Rechtsanwälten und Rechtsanwältinnen haben) und psychosoziale Schwierigkeiten. Diese unterschieden sich unter anderem danach, ob der/die ausländische Partner/in schon in Deutschland oder noch im Ausland sei, und seien Folge der in der Studie beschriebenen Belastungsfaktoren (finanzielle Abhängigkeit, Arbeitsverbot, Alters- und Interessenunterschiede usw.). Besondere Schwierigkeiten ergäben sich, wenn Rechtsvorschriften gegen die Einreise bzw. den Aufenthalt des ausländischen Partners stünden, z.B. bei einer HIV-Infektion und bei „Illegalität“: In den Beratungen müsse dann häufig die Trennung bearbeitet werden, wenn sich keine Alternative für das Zusammenleben finden lasse.



**AUTORINNEN
UND AUTOREN**

Walter Berger

Diplom-Psychologe. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP), Organisator des Kongresses.

Karola Berlage

Jahrgang 1960, Diplom-Pädagogin. Praxis für Psychotherapie (HPG) in Köln. Leiterin der Beratungsstelle des Sozialwerks für Lesben und Schwule e.V., Mitarbeit im Arbeitskreis Lesbenberatung der Landesarbeitsgemeinschaft Lesben in NRW.

Ulrich Biechele

Geboren 1964, Diplom-Psychologe. Psychologische Lesben- und Schwulenberatung Rhein-Neckar (PLUS), Mannheim; schwul-lesbische Forschungsgruppe an der Ludwig-Maximilians-Universität München; Association of Lesbian, Gay and Bisexual Psychologies (ALGBP) Europe.

Prof. Dr. Martin Dannecker

Jahrgang 1942, Dr. phil., Privatdozent am Klinikum der Universität Frankfurt am Main, Institut für Sexualwissenschaft. Zweiter Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sexuallforschung (DGfS).

Antje Doll

Jahrgang 1960. 1980-1985 Studium der Psychologie an der Freien Universität Berlin (PI), danach u.a. im Strafvollzug, in der stationären Entwöhnungstherapie und beim Jugendamt tätig, seit 1993 psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin in eigener Praxis in Preetz/Holstein. Zusatzqualifikationen in systemischer Familientherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie.

Dr. Thomas Grossmann

Thomas Grossmann, Diplom-Psychologe und Diplom-Kaufmann, Dr. phil. (Promotion über „Prähomosexuelle Kindheiten“, <http://www.sub.uni-hamburg.de/disse/175/Titel+Inhalt.htm>). Lebt in Hamburg und arbeitet in einer Erziehungsberatungsstelle.

Dr. Klaus Hofmann

Jahrgang 1956, promovierter Soziologe und Marktforscher. Schwerpunkte: Sozialpsychologie, Rechtssoziologie und qualitative Marktforschung. Leiter der Binats-Beratungs- und Koordinationsstelle des Lesben- und Schwulenverbands in Deutschland (LSVD).

Michaela Ise

Jahrgang 1964, Diplom-Psychologin. Weiterbildung zur Gestalttherapeutin und Mediatorin, arbeitet freiberuflich im Bereich Kommunikationstraining und Konfliktmanagement. Lebt in Kassel. Seit 1999 Vorstandsmitglied und Pressesprecherin im Verband lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland (VLSP).

Christopher Knoll

Jahrgang 1964, Diplom-Psychologe. Psychologischer Berater der Münchner AIDS-Hilfe e.V. und der Beratungsstelle des Sub e.V.

Angela Kühner

Jahrgang 1972, Diplom-Psychologin. Ausbildung in Psychodrama, arbeitet zurzeit in der Sozialpsychiatrie. Sprecherin der „Arbeitsgemeinschaft gegen Rassismus und Antisemitismus in der psychosozialen Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Karl Lemmen

Jahrgang 1954, Diplom-Psychologe. Psychotherapeut, Supervisor (BDP), Ausbildung in Psychodrama, Gestalttherapie und Paarberatung. Seit 1995 Referent für Psychosoziales und Qualitätsentwicklung in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin.

Reinhard List

Jahrgang 1965, Diplom-Psychologe, psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie), systemischer Paar- und Familientherapeut. Psychologe in der Schwulenberatung Berlin, Workshopleiter im Waldschlösschen.

Boris Maschke

Jahrgang 1972, Diplom-Psychologe. Mitglied im Vorstand des Verbandes lesbischer Psychologinnen und schwuler Psychologen in Deutschland e.V. (VLSP). Mitarbeit bei Mensch – Technologie – Organisation (MTO), Institut für Psychologische Forschung und Beratung (Tübingen) im Bereich Organisations- und Personalentwicklung. Leiter der Coming-out-Gruppen in Tübingen.

Uli Meurer

Jahrgang 1954. Studium der Medizin und Germanistik. 1985–1989 Mitbegründer und Mitarbeiter der AIDS-Initiative Karlsruhe e.V., 1989-1995 HIV-Referent der Berliner Aids-Hilfe e.V., 1995–1999 HIV-Referent der Deutschen AIDS-Hilfe, seither als freier Berater und Autor tätig.

Michaela Müller

Diplom-Psychologin, arbeitet als Psychotherapeutin in München, seit 1987 im AIDS-Bereich, seit 1993 in eigener Schwerpunktpraxis für Menschen mit HIV/AIDS und deren Angehörige. Mitarbeit im Pflege- und Service-Centrum der Münchner AIDS-Hilfe e.V.

Gudrun Pfitzner

Diplom-Psychologin, in Weiterbildung zur analytischen Psychotherapeutin für Erwachsene.

Dr. Günter Reisbeck

Diplom-Psychologe. Niedergelassener Psychotherapeut, Mitarbeiter der Beratungsstelle für schwule Männer, München.

Dr. Erich Rossel

Jahrgang 1955, promovierter Diplom-Psychologe, in eigener Praxis als Psychotherapeut und Supervisor tätig. Lehrtätigkeit in der universitären Psychotherapeutenausbildung, ehrenamtlicher Binats-Berater des Lesben- und Schwulenverbands in Deutschland (LSVD).

Dr. Wolfgang Roth

Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker (DGAP, DGPT). Studium in Regensburg und Heidelberg, Facharztausbildung in der Schweiz, Ausbildung zum Psychoanalytiker am C. G. Jung-Institut in Zürich. In München in eigener Praxis tätig, Dozent am C. G. Jung-Institut in München und Zürich.

Dr. Rita Seitz

Lebt und arbeitet in München, versucht psychoanalytisch hinter der Couch und sozialpsychiatrisch im betreuten Wohnen den Wahn zu verstehen. Arbeitsschwerpunkte: Sexualität, qualitative Methoden in der Sozialforschung, Identität.

Dr. Melanie Caroline Steffens

Dr. rer. nat., Diplom-Psychologin, Hochschulassistentin am Fachbereich I – Psychologie der Universität Trier, Schwerpunkt Allgemeine und Kognitive Psychologie. Seit 1996 Vorsitzende der Association of Lesbian, Gay, and Bisexual Psychologies (ALGBP) Europe.

Holger Sweers

Jahrgang 1969, Diplom-Theologe und Journalist. Arbeitet zurzeit im Bereich Aufklärung und Information der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. (Lektorat).

Thomas Symalla und Holger Walther

Diplom-Psychologen und systemische Paar- und Familientherapeuten, leben seit 18 Jahren als Paar zusammen, seit 13 Jahren in Berlin. Während des Studiums Mitbegründer der Kieler AIDS-Hilfe e.V., danach Mitarbeit bei der Informations- und Beratungseinrichtung Mann-O-Meter e.V. in Berlin. Thomas Symalla ist heute in einer Kinder- und Jugendambulanz der Lebenshilfe tätig, Holger Walther als Berater von Studierenden der Humboldt-Universität zu Berlin. In ihrer Praxis für Paar- und Familientherapie arbeiten sie gemeinsam mit zwei Kolleginnen mit dem Schwerpunkt Psychotherapie für gleich- und gegengeschlechtliche Paare.

Christoph-Peter Teich

41 Jahre, ledig. Gestalt- und Sozialtherapeut, sozialarb. Psychotherapeut (DBSH). Seit 12 Jahren in der Suchthilfe tätig, Leiter des „Beratungs- und Therapiezentrum für Suchtgefährdete und Abhängige TAL 19“ in München.

Klaus Tillmann

Diplom-Psychologe, psychologischer Psychotherapeut. Zurzeit als Studienkoordinator in der HIV-Ambulanz der Universitätsklinik Frankfurt am Main tätig.

Manuela Torelli

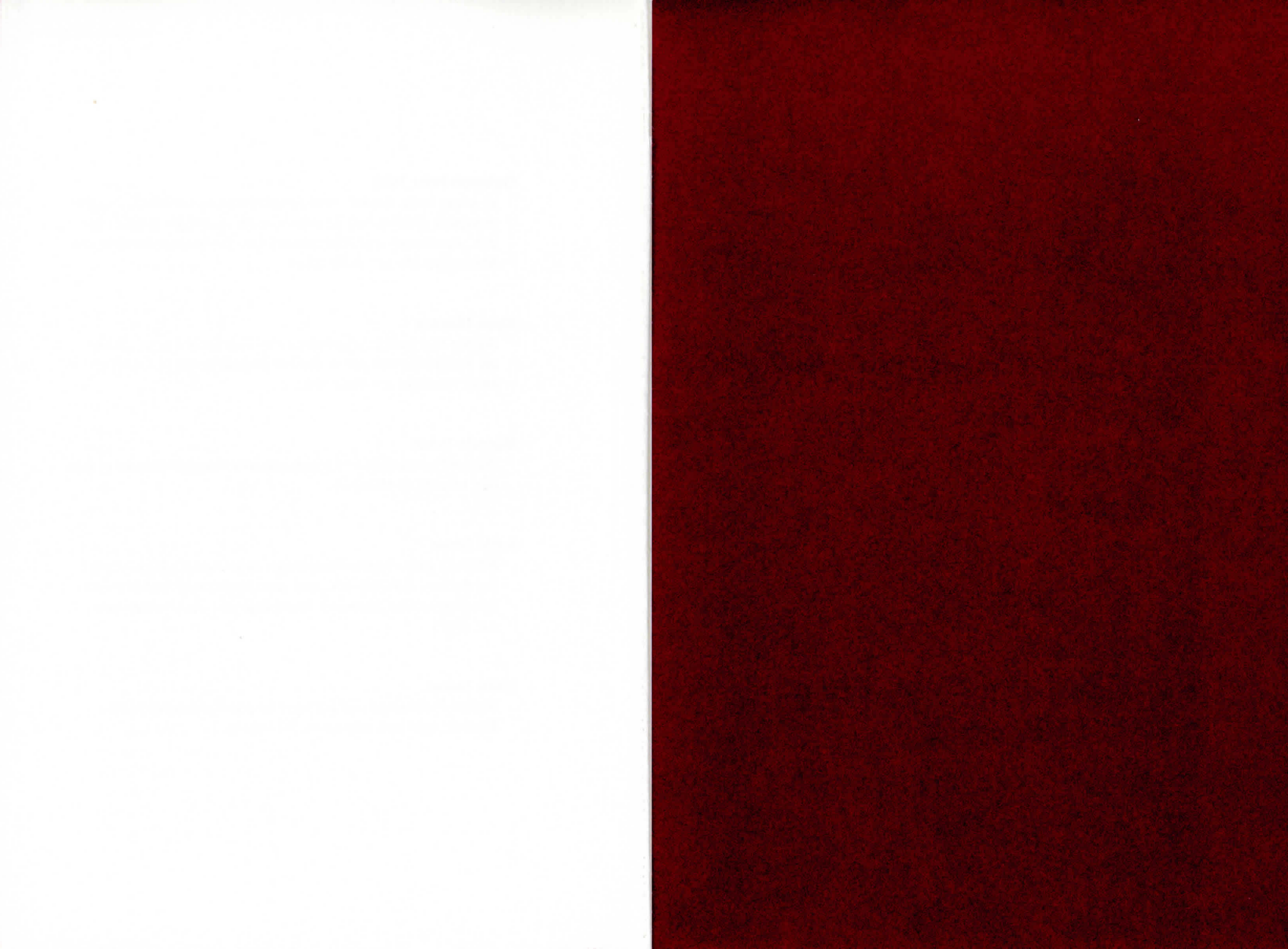
Diplom-Psychologin und psychologische Psychotherapeutin, lebt und arbeitet in München.

Armin Traute

Jahrgang 1965, Diplom-Psychologe. 1996-2000 Fachlicher Leiter der Berliner Aids-Hilfe e.V., seit 2000 Hauptgeschäftsführer des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP).

Ulrich Treiber

Diplom-Psychologe und Facharzt für psychotherapeutische Medizin. Lebt und arbeitet in Heidelberg.





ISBN 3-930425-45-9